FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 | **THÈSE** | N° 271

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 27 JUIN 1889, A 1 HEURE

PAR

ROLAND PICHEVIN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Né au Saint-Esprit (Martinique), le 22 Décembre 1857

DES ABUS
DE LA
CASTRATION CHEZ LA FEMME

Président : M. LE FORT, professeur.

Juges : MM. { PANAS, professeur.
BRUN, REMY, agrégés.

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 — **THÈSE** — N° 271

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 27 JUIN 1889, A 1 HEURE

PAR

ROLAND PICHEVIN

Ancien interne des Hôpitaux de Pari[illegible]

Né au Saint-Esprit (Martinique), le 22 [illegible]embre 1857

DES ABUS

DE LA

CASTRATION CHEZ LA FEMME

Président : M. LE FORT, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur[illegible] ; BRUN, REMY, a[illegible]s.

Le candidat répondra aux diverses questions qui lu[illegible] sur les diverses parties de l'enseignement méd[illegible]

PARIS

TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL

Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	M. DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	SÉE (G.). PETER. POTAIN. JACCOUD.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRÉLAT. LE FORT.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, GAVARRET, HARDY, PAJOT

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	[illegible]ANOT.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	REYNIER.
BLANCHARD.	[illegible]ANRIOT.	POUCHET.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	[illegible]UTINEL.	QUENU.	ROBIN (A.).
BRISSAUD.	[illegible]ALAGUIER.	QUINQUAUD.	SCHWARTZ.
BRUN.	[illegible]OFFROY.	RAYMOND.	SEGOND.
BUDIN.	[illegible]IRMISSON.	RECLUS.	TROISIER.
CAMPENON.	[illegible]ANDOUZY.	REMY.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	[illegible]AYGRIER.		
DEJERINE.	PEYROT.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES

DES
ABUS DE LA CASTRATION
CHEZ LA FEMME

CHAPITRE PREMIER

L'histoire de presque toutes les interventions chirurgicales démontre que les tentatives opératoires nouvelles ont eu le plus souvent des initiateurs dans l'antiquité. La castration de la femme n'a pas échappé à ce fait d'observation.

Il suffit de signaler la période préhistorique de cette opération pour en arriver à l'ère chirurgicale qui commence en 1872. On sait qu'à cette époque Hegar et Battey ont pratiqué, presque en même temps, l'ablation des ovaires normaux. La priorité de l'opération a été l'objet de vives revendications sur lesquelles il est inutile d'insister. Que ce soit Hegar, Battey ou Lawson Tait qui ait pratiqué la première castration, le fait est de minime importance. Il nous faut seulement savoir, comme l'ont écrit Hegar et Kaltenbach, qu'en enlevant les ovaires de la femme, les opérateurs ont obéi à des indications théoriques[1].

Rôle des ovaires.

Les idées théoriques qui ont présidé à l'application de la

1. Voir la Thèse de Tissier et l'Index bibliographique à la fin de notre travail.

castration au sexe féminin sont basées sur le rôle qu'on attribue à l'ovaire.

Le temps est éloigné où Athénée d'Atalia (Ier siècle de l'ère chrétienne) et Averrhoès (XIIIe siècle) disaient que les ovaires étaient superflus et que, comme les mamelles de l'homme, ils ne servaient guère qu'à établir la symétrie du corps humain.

Pendant longtemps, l'utérus avait exclusivement fixé l'attention des médecins (401). Mais la découverte de la fonction ovarienne eut pour résultat de faire déchoir la matrice du rang élevé qu'elle occupait dans la physiologie et la pathologie. Négrier (372) établissait la nouvelle doctrine dans ces termes : « On disait autrefois et on dit même encore de nos jours : L'utérus, c'est la femme. Nous nous croyons en droit de réformer ce langage et de dire : L'ovaire, c'est la femme. » Et Chéreau, modifiant la phrase célèbre de Van Helmond, ajoutait : « *Propter solum ovarium, mulier id est quod est.* » On pourra lire le développement de cette théorie par Virchow qui rapporte à l'ovaire toutes les qualités de la femme [1].

Déjà Roussel (401) avait eu l'occasion de regretter que les fonctions génitales de la femme eussent trop absorbé l'attention des médecins. Briquet avait protesté contre la tendance des pathologistes à exagérer le rôle des ovaires. Bernutz (368) n'avait fait que confirmer l'opinion de Briquet. Bref, une réaction dont on trouve les traces dans le *Dictionnaire encyclopédique* (242) n'a pas tardé à se manifester et à réduire notablement le rôle attribué à l'ovaire, dans l'enthousiasme qui avait suivi la découverte des fonctions de cette glande.

Il est cependant nécessaire, pour l'intelligence de notre sujet, de dire un mot des rapports de l'ovulation avec la menstruation (339). On connaît la théorie classique qui a régné presque sans conteste dans la science, depuis les travaux de

1. Puech, *Des ovaires*, etc. Paris, 1873, p. 125.

Gendrin et de Négrier. Mais il est juste de dire que, dans ces dernières années, des savants assez nombreux ont élevé des doutes sur l'exactitude de la théorie de Négrier et ont apporté des faits qui semblent l'infirmer. Quoi qu'il en soit, on peut avec Auvard (339) et avec Porak (100) rassembler en trois catégories les opinions qui ont été émises sur la menstruation et l'ovulation.

1° La menstruation dépend de l'ovulation. Théorie classique : Gendrin, Négrier. Lœvenhardt (251), Lœventhal.

2° La menstruation serait la cause de l'ovulation (Aveling).

3° La menstruation et l'ovulation seraient deux phénomènes indépendants l'un de l'autre : Beigel, Christofer (320). Leopold (249), Lawson Tait (cité par Charpentier, p. 82).

A la fin d'une revue intéressante sur cette question, Auvard tire la conclusion suivante (339) : La menstruation se compose essentiellement de deux phénomènes : la ponte ovulaire et l'hémorrhagie génitale. Ces deux phénomènes sont indépendants l'un de l'autre, mais obéissent à la même cause (cette cause était d'ailleurs indéterminée et résultant de la constitution même de l'organisme); à l'état physiologique, ils sont simultanés et se dissocient au contraire fréquemment à l'état pathologique. Porak (100), dans un remarquable rapport auquel nous ferons de nombreux emprunts, incline à penser que l'ovulation et la menstruation peuvent, au moins dans certains cas, être indépendantes. Les deux phénomènes sont placés sous l'influence des centres nerveux qui président à la ponte et à l'écoulement menstruel. Emmet[1] et de Sinéty sont du même avis.

Que conclure? Il nous semble que s'il n'est pas opportun de jeter par-dessus bord l'ancienne théorie de Négrier, il faut néanmoins tenir grand compte des travaux qui ont été publiés par des hommes d'une valeur indiscutable. Une théorie — il est à peine besoin de le dire — renferme toujours quelque

1. *La Pratique des maladies des femmes*, trad. Olivier, 1887, p. 114.

chose d'hypothétique. Si solides que soient en apparence des vues théoriques, il est donc prudent de ne pas opposer une simple dénégation aux faits qui les contredisent. C'est en se basant sur des recherches microscopiques, et en dehors de toute idée préconçue, que l'ancienne doctrine de la menstruation a été battue en brèche. Aussi est-il sage de dire avec de Sinéty : Toute théorie générale (324) relative à la menstruation est encore prématurée dans l'état de nos connaissances.

En résumé, il n'est pas scientifiquement démontré que la menstruation soit sous la dépendance absolue et exclusive de la ponte ovulaire et qu'en empêchant l'ovulation de se produire on soit certain de supprimer du même coup l'écoulement menstruel.

De l'influence de la ménopause.

On a forcé les analogies, interprété abusivement les faits pour en tirer des conclusions favorables à la pratique de la castration. Qu'on en juge.

Lorsqu'une femme approche de l'âge critique, elle n'est plus apte à concevoir ; donc, disent les partisans de l'oophorectomie, la fonction ovarienne disparaît avant la cessation des règles ; donc la régression de l'ovaire détermine l'établissement de la ménopause. Il s'ensuit que si on enlève les ovaires, on détermine l'apparition prématurée de l'âge de retour.

A ce raisonnement dont on découvre facilement les côtés faibles, on peut opposer une série d'arguments. En premier lieu, la femme peut concevoir à l'âge critique et même après la ménopause. L'hypothèse de la cessation de l'ovulation avant l'établissement de la ménopause va à l'encontre de la théorie de Négrier que soutiennent les partisans de l'opération.

En outre, si l'ovaire s'atrophie en même temps que l'utérus, n'a-t-on pas le droit de dire qu'il s'agit de deux phénomènes qui marchent de pair, mais qui n'ont pas entre eux les rela-

tions de cause à effet. Est-ce l'utérus ou l'ovaire qui détermine les modifications de structure dans les organes génitaux internes ? Est-ce l'utérus ou l'ovaire qui produit les phénomènes observés à l'âge critique ? La vérité est que l'organisme traverse, au moment de la ménopause, une période pendant laquelle apparaissent des modifications multiples, parallèles et qui ne dépendent pas du système utéro-ovarien.

On voit donc que le raisonnement précédent est entaché de sophisme.

La ménopause, a-t-on dit, n'est pas constituée par la cessation du flux menstruel, mais par un ensemble de phénomènes locaux et généraux qu'il faut souhaiter à certaines femmes. N'est-ce pas l'ovulation qui est la cause des maux si nombreux que ressentent les femmes au moment de leurs règles ? L'ablation des ovaires doit provoquer, à bref délai, la ménopause dans le sens le plus étendu du mot, c'est-à-dire la diminution, la disparition des désordres utérins, l'apaisement des phénomènes nerveux, etc.

La ménopause — si on la procure artificiellement — amènera la cessation de tous les malaises de la femme, lui donnera une santé admirable et la débarrassera de toutes les incommodités inhérentes à la période génitale.

Mais en supposant même que l'âge de retour puisse assurer de tels bienfaits, est-on sûr que les phénomènes cycliques qui se produisent normalement dans l'économie, à des époques déterminées de la vie, soient susceptibles d'être avancés ou reculés par l'ablation des ovaires ? L'atrophie et les autres modifications anatomiques que l'âge imprime aux tissus, ne sont pas, croyons-nous, sous la dépendance d'un organe quelconque.

Quoi qu'il en soit, l'espoir des partisans de la castration est de déterminer l'apparition prématurée de la ménopause. Celle-ci doit, en théorie, bouleverser la vie de la femme et amener comme par enchantement la cessation des maux dont elle est atteinte.

Il n'est pas nécessaire d'ébaucher à cette place un chapitre sur la ménopause pour montrer combien est hypothétique ce changement si désiré, et en même temps si vaguement formulé qu'entraînerait l'âge de retour.

La ménopause n'avait-elle pas été toujours regardée comme une période difficile à traverser et peu avantageuse pour la santé ? L'âge critique n'amène-t-il pas des troubles nombreux dans l'organisme ? Que les désordres dus à la ménopause ne soient pas aussi fréquents, aussi graves que le professaient les anciens, c'est probable, c'est même certain ; mais ceux-là qui ont démontré l'exagération dans laquelle nos devanciers étaient tombés n'en reconnaissent pas moins la réelle influence de l'âge critique sur l'économie. Les congestions céphaliques, pulmonaires et hépatiques se produisent. L'appareil gastro-intestinal est assez souvent atteint. On a observé des hémorrhagies par différentes voies. La peau devient le siège d'eczéma, de prurit et d'intertrigo. Enfin le système nerveux est particulièrement atteint.

« Quelle n'est pas dans ces divers états (aménorrhée, âge critique), écrit Marcé, la variété des symptômes nerveux que chaque jour on peut observer, des douleurs lombaires, des névralgies, de la céphalalgie, puis un état moral bizarre ! Le caractère s'altère et devient irascible. Elles (les femmes) ont cette mobilité nerveuse qui ne leur permet pas de rester en place. »

Pinel considère la ménopause comme tenant un des premiers rangs dans la production de l'aliénation mentale.

Griesenger et Morel sont du même avis.

Luys écrit, dans son Traité pratique et clinique des maladies mentales : « La cessation de la période menstruelle donne le signal de l'explosion de certaines prédispositions morbides qui jusqu'à ce moment étaient demeurées latentes. »

Foville, dans l'article DÉLIRE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* déclare que : « la ménopause, au point de vue intellectuel non moins qu'au point de vue organique, constitue un véritable âge critique. » Enfin Ball dit nettement :

« La ménopause est une des causes les plus importantes de la folie chez la femme. »

Et l'on écrit qu'il faut provoquer artificiellement la ménopause pour faire disparaître les troubles variés qu'une femme jeune encore éprouve parce que ses organes génitaux sont en activité! L'âge critique que crée le chirurgien doit modifier le caractère, arrêter les phénomènes nerveux et déterminer la guérison de la folie! La ménopause naturelle amène des désordres de ce genre et la ménopause artificielle aurait le pouvoir de débarrasser la femme des inconvénients et des troubles qu'entraîne justement l'âge critique!

Sans vouloir assombrir le tableau de la ménopause, on est forcé de reconnaître qu'elle ne détermine pas des phénomènes qui soient favorables à la santé et au bien-être. La suppression des règles, envisagée d'une façon générale, n'est pas un bienfait.

Il y a donc lieu de conclure que les idées théoriques qui ont servi à appliquer la castration à la femme reposent, en réalité, sur des bases fragiles. Discutable est, en théorie, le rapport de l'ovulation à la menstruation, discutable est la subordination de tout le système génital à l'ovaire, très contestable est l'effet bienfaisant de la ménopause. Rien de fixe, rien de solide, rien de certain n'a présidé à l'application de la castration dans le domaine de la chirurgie humaine. Ce qui est incontestable, d'après la doctrine et d'après la pratique, c'est que l'ablation des ovaires a pour conséquence forcée la stérilité irrémédiable.

C'est aussi, au nom de la période expérimentale, que l'on a appliqué la castration à la femme. On a transporté dans le domaine de la chirurgie les pratiques qui étaient jusque-là confinées dans l'art vétérinaire.

Quels sont les résultats que donne l'ablation des ovaires de certaines femelles (truies, vaches, etc.)?

Les vétérinaires savent par expérience que la castration amène la stérilité. Le rut qui coïncide avec la période de

chaleur est supprimé. Les femelles châtrées deviennent plus douces, plus aptes à la domesticité, en même temps que leurs appétits sexuels disparaissent. A ces avantages il faut en ajouter d'autres qui ne sont pas à dédaigner : les femelles privées de leurs ovaires subissent un engraissement d'autant plus recherché qu'il coïncide avec une amélioration dans la qualité de leur chair. En outre, on constate l'augmentation de la sécrétion lactée.

Baillet (472), dans un article récent, fait des réserves sur les avantages de la castration pratiquée sur différentes femelles. L'opération n'est plus appliquée que très exceptionnellement à la jument. Chez la vache, le seul effet utile est la tendance à l'engraissement, mais ce bon résultat n'est pas suffisant pour compenser les pertes résultant de la stérilité de la bête. D'après le même auteur, on ne châtre plus ni les brebis ni les chèvres, mais en revanche l'opération a un plein succès quand elle est dirigée sur les ovaires des truies. « Après avoir été châtrée, elle (la truie) ne vit plus que pour manger, dormir et faire du lard. »

Donc, de tous les effets produits par l'opération sur les femelles, un seul était à désirer chez la femme : la suppression de l'écoulement menstruel. La stérilité et l'abolition des désirs vénériens ne pouvaient avoir que des inconvénients sérieux. L'engraissement et l'augmentation de la sécrétion lactée étaient de trop peu d'importance pour que l'on pût les faire entrer en ligne de compte dans les indications de la castration chez la femme.

Les règles devaient-elles disparaître pour toujours chez toutes les femmes châtrées? Oui, a-t-on répondu, en se basant sur la physiologie expérimentale.

Mais n'était-il pas imprudent de passer des données fournies par l'expérimentation sur les femelles à ce qui se produirait chez la femme privée de ses glandes ovariennes? *Mutatis mutandis.* Dans la période de rut, l'écoulement menstruel coïncide avec la période de chaleur. Quand l'hémorrhagie a

cessé, les désirs sexuels disparaissent. En est-il de même chez la femme? Évidemment non. Les conditions ne sont pas exactement les mêmes, au point de vue physiologique. La castration de la femme pouvait donc ne pas donner des résultats parfaitement identiques à l'opération pratiquée sur la vache ou la truie.

Mais ceux qui ont appliqué la castration à la femme ont toujours déclaré que ce qui se produisait chez les animaux devait se produire fatalement chez la femme. Or, comme la suppression du rut était toujours la conséquence de l'opération, on a décrété que la femme privée d'ovaires n'aurait jamais plus ses règles. Seulement, par une inconséquence qu'il est bon de relever, ceux-là qui proclamaient l'infaillibilité de la méthode expérimentale n'ont pas tardé à affirmer que la femme châtrée conservait ses appétits vénériens. Comme l'abolition des désirs génitaux pouvait gêner l'essor de la castration, on a non seulement déclaré que le sens génésique ne subissait aucune diminution (111), mais aussi qu'il était augmenté d'intensité par l'ablation des ovaires (153, 121 et 417).

Voilà donc quel usage on fait de la méthode expérimentale. Quand elle donne des résultats confirmatifs, on les enregistre, sauf à nier ou à passer sous silence les faits qui gênent la démonstration désirée.

A moins d'entrer dans la catégorie de ceux qui, suivant l'expression de Claude Bernard (360), expérimentent non pour chercher, mais pour prouver, on n'est pas en droit de dire, en se basant exclusivement sur la pratique des vétérinaires : La castration de la femme doit fatalement amener la ménopause. La seule déduction légitime que l'analogie permet est la suivante : Il est possible, probable même que l'ablation des ovaires de la femme sera suivie de la disparition de l'appétit sexuel et de la suppression définitive des règles.

La pratique seule de l'opération sur les annexes de l'utérus de la femme pouvait résoudre le problème expérimental. On verra plus loin quels sont les résultats obtenus par les chirurgiens.

CHAPITRE II

Rien n'est plus facile, d'habitude, que de définir une opération. La nature et l'étendue des lésions, la localisation des altérations à un organe déterminé, le but à atteindre, sont des éléments qui, au besoin, permettent, de qualifier une intervention chirurgicale. Mais, comme l'a écrit Battey, la castration est une opération qui a quelque chose de spécial. Aussi les chirurgiens ont-ils été singulièrement embarrassés pour caractériser cet acte opératoire?

Quelles sont les lésions qui indiquent la nécessité de l'intervention? Quels sont les organes qu'il faut exclusivement enlever? Pour pratiquer une véritable castration, c'est-à-dire une opération efficace, doit-on faire l'ablation d'un ou des deux ovaires? N'est-il pas nécessaire de sacrifier les trompes en même temps? Enfin quel est le but que poursuit le chirurgien en portant la main sur les annexes de l'utérus?

A toutes ces questions, il est impossible de donner une réponse définitive. Chaque fois qu'on a essayé de définir l'opération, on s'est appuyé sur des considérations qui toutes étaient attaquables. Aussi a-t-on tenté de la baptiser du nom des différents auteurs qui ont contribué à faire ranger la castration dans les opérations réglées de la chirurgie.

Battey, dont les opinions successives sont curieuses à enregistrer (240), avait commencé par appeler l'opération qu'il avait pratiquée « ovariotomie normale ». Ce nom n'eut aucun succès, car, avait-on dit, les ovaires sont malades, du moins dans certains cas.

Le terme « oophorectomie » (200), introduit par Peasle, avait l'inconvénient de ne rappeler à l'esprit que l'ablation des ovaires et pas du tout le but que l'opération poursuivait. Le mot de castration fut prononcé, mais il sonnait désagréablement aux oreilles. Chez l'homme, la castration est une opération qui se pratique en désespoir de cause sur des testicules altérés. D'un autre côté, la castration de la femme, comme l'a dit Battey au Congrès de Londres (200), ne répond pas ordinairement à la castration des animaux.

Goodell (111), sans s'arrêter à des considérations sentimentales, proposa le terme de « spaying », mot populaire désignant la castration dans la race porcine. C'était risquer de discréditer d'emblée une opération de cette nature. De plus Lawson Tait (99) a protesté contre la qualification de *spaying*, parce que l'on désigne sous ce nom l'ablation des ovaires, avant l'apparition de leur activité fonctionnelle. Or la castration ne porte que sur des femmes en pleine vie génitale.

Tous les mots proposés ont donc été attaqués avec plus ou moins de raison, parce qu'aucun d'eux ne donnait une idée claire, nette et suffisante de l'opération.

La castration, dit Bouley (346), est une opération qui consiste soit dans la destruction complète des organes essentiels de la reproduction soit dans l'annulation des aptitudes fonctionnelles de ces organes. La castration des femelles consiste dans l'extirpation des ovaires. Spencer Wells (240) entend par castration toute mutilation qui cause la fin de la fécondité ou de la virilité de la victime.

Comprise dans un sens aussi large, l'ablation des ovaires méritait bien le nom de castration.

Mais on a voulu serrer de plus près cette définition.

Les uns n'ont désigné sous le nom de castration que l'ablation des ovaires *sains*. Schrœder (604) est de ce nombre[1].

Martin précise davantage : La castration, c'est l'extirpation des ovaires *sains, dans le but de supprimer l'ovulation et la menstruation*. Si l'ovaire enlevé est malade, l'opération n'est qu'une ovariotomie. Pour d'autres, c'est l'ablation des ovaires malades, pourvu que les lésions ne soient appréciables qu'au microscope. Pour Prochownick (1) (604), c'est l'ablation des ovaires, *dans le but de provoquer la ménopause anticipée, peu importe d'ailleurs que les ovaires soient sains ou malades.*

En 1885, à la Société obstétricale et gynécologique, Lohlein et Martin déclarent (144) partager la même opinion. On ne doit réserver le nom de castration qu'aux opérations ayant *pour but de supprimer l'ovulation et la menstruation,* en enlevant les ovaires *malades* ou *sains*. Telle est aussi une des définitions données par Battey.

Mais pour Hegar (604), la castration ne doit pas être comprise ainsi. Le but à atteindre ne doit pas entrer en ligne de compte. La castration est l'enlèvement des organes *sains* ou *malades, quel que soit d'ailleurs le but, pourvu que ces organes n'aient pas atteint un gros volume,* auquel cas la castration devient une ovariotomie.

On voit donc que l'accord n'existe pas sur la définition de l'opération. Le résultat qu'on espérait obtenir, tel a été pour certains chirurgiens le critérium qui devait servir à caractériser la castration.

Battey, après avoir déclaré que la castration consistait dans l'ablation des ovaires normaux, ne put résister au déchaînement que son opération avait soulevée. On l'accusa d'enlever des organes normaux ! Il fit une concession à l'opinion publique, en usant d'un subterfuge. Tantôt, dit-il, les ovaires enlevés sont normaux, tantôt ils sont pathologiques. Que ces organes soient sains ou malades, peu importe ; la castra-

1. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franç., 1889, p. 627.

tion doit être définie par le but que poursuit l'opérateur, c'est-à-dire l'établissement d'une ménopause anticipée.

Mais Battey se trouva bientôt acculé à d'autres difficultés qu'il n'avait pas prévues.

L'état des ovaires ne l'inquiétait pas. Le sacrifice de deux organes même normaux ne lui coûtait pas trop ; la castration ne pouvait se comprendre que par l'importance du résultat cherché. Du moment où la suppression des règles était obtenue, la justification de l'intervention était suffisante. Battey ne tarda pas à constater que la ménopause n'était pas la conséquence forcée de la castration. Dès lors, comment pouvait-on pratiquer l'ablation de deux organes sains ? D'une façon très simple. L'objectif poursuivi n'étant pas atteint, on en chercha un autre plus commode et plus accessible.

Le chirurgien de Rome (Georgie), changeant encore une fois d'opinion, écrivit (236) que la castration consistait à enlever les ovaires, qu'ils fussent sains ou malades, mais dans le but de réaliser « le changement artificiel de vie ».

Le changement artificiel de vie, telle est la modification qu'il faut imprimer à l'organisme féminin. Pour y parvenir, on supprime les ovaires et tous les maux disparaissent !

Mais qu'entend-on par cette expression « changement de vie » ? Est-ce la ménopause? Mais non, répond Battey (236). Les termes de changement de vie et de ménopause, comme il les comprend, ne sont pas synonymes. On peut avoir l'un sans l'autre. C'est ainsi qu'on signale parfois la guérison de certaines femmes châtrées, alors même que les règles n'ont pas disparu. Aussi, répondant à Polk, Battey insiste sur le peu d'importance qu'il faut attacher à l'état des ovaires, quand on pratique la castration. Ce qu'il cherche, en enlevant les ovaires, c'est la cessation de l'ovulation, c'est le changement artificiel de vie. Ce qui justifie l'intervention, ce n'est pas tant l'altération des ovaires que la nécessité urgente de faire quelque chose, quand tous les moyens usités ont été inutilement essayés.

Ainsi donc Battey opère pour arrêter les fonctions de l'ovulation. L'ovulation supprimée, c'est la ménopause probable, c'est la stérilité à coup sûr. Mais il est impossible de savoir en quoi consiste le changement de vie, conséquence mystérieuse de l'arrêt de l'ovulation. *La nécessité urgente de faire quelque chose* n'entraîne-t-elle pas quelquefois les chirurgiens au delà des limites permises ?

En résumé, la castration consiste :

1° Pour les uns, dans l'ablation des ovaires normaux ;

2° Pour les autres, dans l'ablation des ovaires pathologiques, pourvu que les lésions ne soient appréciables qu'au microscope ;

3° Pour quelques-uns, dans l'ablation des ovaires sains ou pathologiques, mais dans le but d'amener une ménopause anticipée ;

4° Pour Hegar, dans l'ablation des ovaires sains ou malades, quel que soit d'ailleurs le but, pourvu que ces organes n'aient pas atteint un gros volume ;

5° Enfin, dans la suppression des ovaires, pour produire quelque chose de plus vague : *le changement de vie.*

Si donc la castration ne produit aucun résultat appréciable, on peut toujours avancer qu'elle a déterminé ou qu'elle déterminera le changement de vie.

On avait pensé tourner la difficulté d'une définition, en donnant à l'intervention chirurgicale dont il s'agit les noms d'opération de Battey, d'opération de Hegar et d'opération de Tait. Mais la confusion n'a pas tardé à se produire.

L. Tait, pour mettre fin à toute erreur d'interprétation, déclare que l'ablation des ovaires *sains*, c'est l'opération de Battey (180). On devrait donner le nom d'opération de Hegar à l'extirpation des ovaires dans les cas de myôme utérin. Tait, après avoir fait le procès de Battey, met une certaine insistance à déclarer qu'il n'enlève que des annexes malades. Il désire qu'on désigne l'ablation des annexes altérées sous le nom d'opération de Tait.

Le chirurgien de Birmingham triomphe trop facilement et est sans pitié pour Battey qui a eu la naïveté d'écrire qu'on enlevait les ovaires, sans se préoccuper de l'état anatomique de ces organes. Rien n'est cependant plus exact. Dans la plupart des cas, les opérateurs font la castration sans avoir aucun renseignement certain sur les ovaires. Mais n'est-il pas plus simple de déclarer — comme Battey l'a fait, mais un peu tard — que les ovaires enlevés sont toujours altérés? Grâce à cette affirmation gratuite, une grosse objection est immédiatement supprimée.

Mais, malgré les efforts de Lawson Tait pour différencier son opération de celle de son rival, certains chirurgiens persistent à les mettre l'une à côté de l'autre et si près qu'on peut les confondre. Cartens (417) dit en effet : « Dans l'opération de Battey, on enlève l'ovaire malade ou non et accessoirement on excise la trompe; dans l'opération de Tait, on enlève la trompe malade ou non et accessoirement l'ovaire. » Mundé (142) a essayé de porter quelques éclaircissements dans toute cette nomenclature. L'opération de Battey, dit-il, c'est l'ovariotomie normale, dans le but de produire la ménopause. On doit comprendre sous le nom d'opération de Hegar, de spaying, d'oophorectomie, l'ablation des ovaires malades quand les lésions ne sont appréciables qu'au microscope. L'opération de Trenholme est l'ablation des trompes et des ovaires *normaux* pour arrêter l'évolution des tumeurs fibreuses. L'opération de Tait ou salpingotomie ou salpingo-oophorectomie est l'ablation des trompes et des ovaires malades, mais quand l'acte chirurgical a été surtout entrepris pour combattre l'affection tubaire.

Toutes ces distinctions disparaissent devant ce seul fait que très fréquemment on a opéré sans savoir si c'était l'ovaire ou la trompe qui était altéré. Avant l'opération, il était souvent impossible d'affirmer dans quel état se trouvaient les annexes de l'utérus. Au cours de la laparotomie, le chirurgien tombait parfois sur des ovaires qu'il croyait normaux, quand ils étaient

altérés et *vice versa*. Comme on le verra, l'histologie des annexes est peu connue et rien n'est plus facile que de déclarer pathologique ce qui est parfaitement sain. Quelques opérateurs n'ont même pas besoin d'avoir recours au microscope pour affirmer, sans autre forme de procès, que dans tous les cas l'ovaire est malade.

Ces fluctuations et ces contradictions ne prouvent-elles pas que tout est confus dans l'histoire de cette opération. Les idées qui ont présidé à sa conception sont vagues, les indications livrées au hasard n'ont aucune précision et si l'on est d'accord pour enlever quelque chose, on n'est pas fixé sur l'étendue des sacrifices qu'il faut exiger.

Que l'ovaire soit enlevé accessoirement ou qu'au contraire ce soit la victime de choix et la trompe immolée par surcroît, cela a-t-il une grande importance? L'extirpation des ovaires ou des trompes aboutit au même résultat, à la stérilité.

Car il est un point sur lequel presque tous les opérateurs s'entendent, c'est sur la nécessité d'enlever complètement les deux ovaires pour produire la ménopause ou mieux le changement de vie. Cependant on a trouvé une exception à cette règle. L'ablation d'un seul ovaire réussit, dit Estrada (2), à la condition que l'autre soit sclérosé.

Mais ne serait-il pas plus que bizarre d'ouvrir le ventre pour faire la castration, de n'enlever qu'un seul ovaire, celui qui est normal et de laisser à sa place celui qui est altéré, sous prétexte qu'il est déjà supprimé, au point de vue physiologique. Un tel raisonnement cache une défaite. En réalité, il arrive parfois que le chirurgien, ne pouvant venir à bout d'un ovaire, se console de son insuccès, en disant que l'organe laissé en place est altéré, sclérosé, désorganisé et qu'il n'empêchera pas la ménopause de s'établir, ce qui d'ailleurs est une pure hypothèse.

Comme nous le disions plus haut, il y a presque unanimité pour proclamer la nécessité de la bilatéralité de la castration.

Mays Robson, dans un cas, regrette de n'avoir enlevé qu'un ovaire. L. Tait (417 et 94) pense qu'il faut que l'opération porte sur les annexes des deux côtés, même si l'altération ne siège qu'à droite ou à gauche.

Vallin rapporte, dans sa Thèse, des observations de Menzel et de Tauffer qui démontrent l'inefficacité de l'ablation d'un seul ovaire. Il suffit de parcourir la littérature médicale pour trouver cent exemples probants du même genre (Thèse Tissier et Thèse Estrada, etc.).

CHAPITRE III

Quelles sont les indications de la castration? A cette question il n'est pas possible de faire une réponse. Autant de chirurgiens, autant d'avis différents. Restreinte à quelques cas déterminés pour certains opérateurs, la castration est au contraire une opération dont les barrières sont, à l'heure actuelle, trop étroites et dont il faut élargir le terrain.

Toutes les affections qui, de loin ou de près, peuvent être influencées d'une façon quelconque par la menstruation sont susceptibles d'être traitées par la castration. Il suffit de rapporter quelque accident à l'action même éloignée des organes utéro-ovariens pour qu'un chirurgien puisse penser à faire cette opération. La ménopause anticipée ne doit-elle pas être la fin de tous les maux de la femme? La castration n'amène-t-elle pas, à défaut de ménopause, le changement de vie?

Aussi croyons-nous volontiers Keen (179) quand il dit : Les indications de la castration ne sont pas bien définies.

La simple énumération des opinions que professent les chirurgiens suffit pour montrer les incertitudes qui règnent sur cette question.

Sans parler de Tissier qui défend surtout l'intervention dans les cas de fibrome, arrivons à Terrillon (229) qui pense

que la castration peut être pratiquée contre les affections suivantes :

1° Corps fibreux hémorrhagiques;

2° Hémorrhagies utérines incoercibles, *quelle que soit leur cause*, pourvu que l'utérus ne soit pas malade d'une façon évidente;

3° Névralgies ovariennes avec retentissement sur le système nerveux général, en y comprenant certains cas d'hystérie, d'épilepsie, de folie;

4° La dysménorrhée, de causes diverses, et surtout quand elle est le résultat d'imperfections congénitales des organes génitaux empêchant l'écoulement des règles.

Battey (225) dit que la castration est indiquée : 1° si le cas est grave; 2° si aucun autre moyen que l'établissement artificiel de la ménopause ne peut être employé; 3° si la ménopause peut guérir.

Rien de plus vague.

Hegar et Kaltenbach (p. 274) posent comme contre-indication l'approche de la ménopause, si on se propose seulement d'obtenir la disparition des fonctions génitales et l'involution des organes de la génération. Ils donnent le conseil de ne pas entreprendre la castration si on n'a pas senti au préalable l'ovaire. Enfin, pour opérer, il faut qu'il n'y ait aucune trace d'inflammation récente et aiguë.

La castration est indiquée dans le cas d'anomalie et de maladie mettant directement la vie en jeu, pouvant amener la mort dans un court espace de temps, ou bien capable de produire une infirmité de longue durée faisant continuellement des progrès et enlevant tout bien-être et toute jouissance de la vie. Nous supposons, bien entendu, que tout autre moyen de traitement ne permettrait d'espérer aucun résultat, ou bien que tout aurait été employé sans succès, tandis que l'ablation des ovaires paraît seule capable d'amener la guérison.

Ces deux auteurs passent en revue les accidents susceptibles d'indiquer la castration :

1° Sensations désagréables et douleurs localisées au niveau des organes, douleurs s'exagérant habituellement d'une manière notable par la pression ou par l'activité fonctionnelle des organes sexuels et irradiant vers des points plus ou moins éloignés ;

2° Aménorrhée, dysménorrhée, menstruation faible et irrégulière, ménorrhagies, dysménorrhée pseudo-membraneuse, persistance d'un écoulement de liquide sanguinolent ou autre dans l'intervalle des règles.

3° Symptômes de compression, d'irritation sur la vessie, le rectum, les vaisseaux et nerfs voisins ; 3° troubles réflexes (salivation, cardialgie, vomissements, toux, aphonie, asthme, palpitations, irrégularités des battements du cœur). Névralgies du trijumeau, des nerfs intercostaux, névralgies sacro-lombaires, vaginisme. Convulsions, paralysies, hémiplégie, épreintes vésicales, ténesme.

4° Certaines névroses.

Pour Hegar et Kaltenbach, les états anatomiques qui indiquent la castration ont leur siège dans les ovaires, dans leur voisinage, ou bien dans d'autres parties de l'appareil génital (petites tumeurs avec ou sans dégénérescence kystique des follicules. Anomalies congénitales et acquises de l'utérus. Certaines malformations du vagin. Fibromes de la matrice, hyperplasies du tissu cellulaire, anomalies de forme et de position de cet organe. Inflammations chroniques des organes voisins de l'utérus, périovarite, salpingite, péri et paramétrite, etc., etc.).

Voici ce qu'écrit Lawson Tait (*Traité des maladies des ovaires,* p. 419) :

« Le champ d'une opération exécutée uniquement en vue d'*amener la ménopause,* pour citer la définition que le Dr Battey a donnée du but qu'il se propose, doit être bien limité, et ma propre expérience, dans ce cas, serait vague et indéfinie, et mes conclusions douteuses. » Plus loin, le chirurgien de Birmingham s'exprime sur les cas dans lesquels « il n'y a aucun

signe physique d'une maladie pelvienne, mais où il y a des symptômes sérieux si intimement associés à la menstruation que nous sommes conduits à croire que l'arrêt de cette fonction peut guérir ou soulager la maladie en amenant une ménopause prématurée. » C'est là un champ extrêmement vague qui peut être soit très limité, soit très étendu. Tait l'a limité à une seule maladie, l'épilepsie menstruelle, et encore n'a-t-il fait que cinq opérations sur les malades de ce genre. Il pratique dans les cas de fibrome utérin l'ablation des annexes.

Menzel (162) donne comme indications : 1° les petites tumeurs de l'ovaire ; 2° les transformations en petits kystes des follicules et les dégénérescences du stroma ; 3° les vices de conformation de l'utérus et son absence avec fonctionnement normal des ovaires et atrésie du canal génital ; 4° les fibro-myômes de l'utérus ; 5° les déplacements morbides de l'utérus et des ovaires ; 6° les inflammations péri-ovariques et péri-utérines, la salpingite ; 7° les troubles psychiques en relation avec la vie génitale et les affections psychiques et nerveuses graves en relation avec les fonctions sexuelles.

Fehling (162) ajoute, lui aussi, parmi les indications données par Hegar, les maladies mentales ou nerveuses en rapport avec les fonctions sexuelles.

Burton (166), au Congrès médical international de Washington, avance que l'on peut faire l'opération : 1° dans les tumeurs saignantes ou à développement rapide, après que les autres traitements patiemment suivis sont restés sans résultat ; 2° en cas de pyosalpinx, si la vie est menacée par des attaques répétées de péritonite ou si, par suite de la douleur due aux adhérences, la malade est incapable de gagner sa vie ; 3° pour combattre l'ovarite chronique, quand la douleur est fixe et constante ; 4° dans la périmétrite qui rend la malade invalide définitivement ; 5° en cas de dégénérescence des ovaires avec des douleurs persistantes et fortes ; 6° pour guérir les névroses d'origine nettement ovarienne et qui ont subi inutilement un long traitement.

D'après Hart et Barbour (111), les indications ne sont pas strictement déterminées. Ces auteurs les énumèrent : 1° la dysménorrhée douloureuse au point d'être intolérable ; 2° l'hémorrhagie dans les tumeurs fibreuses, quand on ne peut les arrêter par aucun autre moyen ; 3° l'hystéro-épilepsie, les convulsions et la folie imminente, dépendant d'une irritation ovarienne ou de la présence des ovaires avec absence de l'utérus ; 4° l'hydropéritonéum ; 5° le prolapsus des ovaires et leur immobilisation par des adhérences.

Pour Brewis (89), le choix des malades opérables n'est pas difficile. Si la maladie est localisée depuis longtemps et si un traitement palliatif de plusieurs mois n'a pas amélioré l'état de la malade, il faut opérer.

Dans un article du *British medical Journal* (91) sur l'opération de Battey, l'auteur répond à la question suivante : « Quelle est l'indication de l'opération? » Cela dépend, paraît-il, de l'expérience du chirurgien. Ce qui est hasardeux, dangereux et injustifiable de la part d'un opérateur devient parfaitement licite entre les mains d'un autre.

Skene Keith (203) est sévère dans le choix des indications.

Duplay (167) admet la castration sous certaines conditions pour combattre les accidents dus au fibrome utérin. Il admet que l'ovarite chronique peut mettre le chirurgien dans l'obligation de recourir à l'opération de Battey, mais c'est là une ressource extrême.

Battey et avec lui la plupart de ceux qui ont écrit sur la castration, déclarent que le chirurgien ne doit la pratiquer qu'après avoir épuisé avec patience tous les autres moyens thérapeutiques. L'ablation des ovaires se présente comme une dernière chance à courir, alors que tout a été vainement essayé. Tel est l'avis d'Emmet (110) et celui de nombreux oophorectomistes. Mais la pratique est fort différente de la théorie. Combien de laparotomies ont été faites sur des femmes qui ne présentaient que des symptômes insignifiants !

La ménopause n'est même pas considérée comme une contre-indication à l'opération. Toute douleur du bas-ventre un peu persistante peut être traitée d'une façon radicale et rien n'égale parfois la promptitude de la décision opératoire.

Certains chirurgiens ne demandent pas mieux que de croire à l'insuffisance de tous les moyens thérapeutiques usités en pareille matière, avant même de les avoir essayés par eux-mêmes. Des femmes sont opérées le lendemain, le surlendemain du jour où elles ont été visitées pour la première fois, et alors qu'il n'y avait aucune indication pressante d'intervention. Dawson Cushier, Spediacci ont pratiqué la castration quelques heures après avoir vu les malades.

Tissier cite l'histoire intéressante d'une cliente de Cezilly. Cette jeune dame, qui n'avait jamais eu recours aux bons offices de son médecin que pour des indispositions futiles, va à Londres et consulte, étant un jour mal à l'aise, un médecin qui apprend que les époques menstruelles étaient ordinairement marquées de quelque malaise. L'ablation des ovaires fut pratiquée peu de jours après. Les vétérinaires ont dit :

« C'est parce que le conducteur n'est pas toujours ce qu'il devrait être, assez doux et patient, qu'on doit souvent mutiler le cheval. » Tissier (p. 149) ajoute : « C'est parce que le médecin n'est pas toujours ce qu'il devrait être, assez habile, assez instruit pour guérir par les moyens simples les malades qu'on lui soumet, qu'il s'empresse de recourir aux moyens violents et dangereux. »

Skene Keith (203), pour ne citer que celui-là, écrit : « Quelques-uns de ceux qui ont enlevé les ovaires ne savaient pas ce que peut faire la nature, secondée par un traitement local approprié et par un traitement général, pour faire disparaître les troubles pelviens. Ils étaient trop impatients et ils n'ont pas voulu accorder à la *vis medicatrix naturæ* quelques semaines pour guérir un mal qui avait été en progressant pendant plusieurs années. »

A notre avis, avant de penser à la castration, il faut que

tous les moyens propres à guérir la femme aient été loyalement essayés et bien et dûment reconnus insuffisants. L'opération, dans certains cas surtout, ne doit être pratiquée qu'en dernier ressort et, après avoir exposé, en toute sincérité, la gravité de l'acte opératoire et les résultats qui en découlent. More Madden (98) déclare qu'il faut bien montrer à l'intéressée les conséquences de la castration, et ne pas lui cacher que la stérilité en est le résultat certain. Cet auteur ajoute, en parlant de ces malades : Leur assentiment n'est valable qu'à la condition qu'elles apprécient exactement toute la portée de l'opération. Porak va plus loin (100) et affirme avec raison que le consentement des malades ne suffit pas pour justifier l'opération. « On se trouve quelquefois en face de malades qui sollicitent, réclament l'opération, et il ne suffit pas d'avoir obtenu le consentement des malades, même après leur avoir montré les risques qu'elles courent. On ne doit se laisser guider que par l'appréciation de la gravité du pronostic. » Certes, si l'on voulait, dit Polaillon (100) dans la discussion qui suivit la lecture du rapport de Porak, on pourrait en quelque sorte opérer par surprise. Le fait n'est que trop réel. Et nous pensons avec A. Guérin (100) que l'on doit considérer comme blâmable la conduite d'un chirurgien qui, après avoir enlevé les ovaires pour des accidents nerveux, croit se mettre à l'abri de toute revendication en exigeant de sa cliente une attestation, écrite avant de procéder à l'hystérectomie qu'elle réclamait avec instance.

Le consentement éclairé est donc absolument nécessaire, comme le reconnaissent Spencer Wells et tant d'autres chirurgiens. Pour Burton (166), il est utile d'exposer à la famille de la malade (mari, mère ou père) les résultats de l'opération et enfin de provoquer au moins une consultation d'hommes autorisés. Terrier (209) est de cet avis : le chirurgien devra s'adjoindre un médecin habitué à la recherche des signes d'hystérie. Le conseil d'un neuro-pathologiste est, en effet, indispensable dans ces cas. Il est déplorable, pour ne pas dire

davantage, de voir des chirurgiens qui n'ont que des notions vagues sur les affections nerveuses, trancher dans le vif et, sous prétexte de résoudre les difficultés, supprimer des organes importants.

Un jour, Lawson Tait (95) convient qu'il faut provoquer plusieurs consultations avant de pratiquer la castration, mais dans une autre occasion il ne craint pas de dévoiler ses secrètes pensées. Pour plus de précautions (247), dit-il, il devrait y avoir une consultation, mais elle ressemblerait aux consultations pour les autres maladies et il est bien inutile de prendre place avec des hommes qui sont opposés à ces façons d'agir. De telles consultations seraient de simples sujets de farces.

On ne peut pas récuser avec plus de désinvolture l'avis des hommes les plus instruits. Mais si Tait avoue avec sa franchise brutale sa façon d'agir, d'autres se contentent d'opérer, sans rien dire, mais en professant le même dédain pour les lumières de leurs confrères.

Enfin, comme l'ont écrit Bigelow, Grandin (342) et Edis (502), il est indispensable de faire un diagnostic avant d'opérer. C'est un devoir professionnel, dit Halliday, que de faire un diagnostic aussi exact que possible avant de prendre le bistouri. Le diagnostic, ajoute ce chirurgien, ne doit pas être un jeu ou une pure hypothèse.

Cette obligation est étroite, à notre sens, et l'homme de l'art ne peut la transgresser, sans commettre une des fautes les plus graves dont il aurait à rendre compte si de telles actions tombaient sous la juridiction d'un tribunal éclairé et compétent.

Des erreurs de diagnostic se commettent journellement par les cliniciens les plus consommés, c'est un fait indiscutable qui prouve la faiblesse de nos connaissances et l'imperfection de nos moyens d'investigation. Mais cet état d'infériorité n'a-t-il pas mille raisons de se perpétuer et de s'accentuer encore si le chirurgien, au lieu d'approfondir l'art ardu du

4

diagnostic, tend à le supprimer, sous le fallacieux prétexte qu'il a « une extrême confiance dans le procédé qui consiste à ouvrir le ventre des malades et à opérer selon ce qu'on y trouve » ?

Lawson Tait, qu'il faut toujours citer, car il incarne des idées nouvelles dans la pratique chirurgicale, n'est pas embarrassé (341).

Je suis un opérateur et non un chef de clinique, écrit-il. Il y a une grande différence entre un artiste faisant fonction de professeur de dessin et un autre travaillant dans son atelier. Naturellement L. Tait se proclame artiste en chirurgie et ne suit pas — de son propre aveu — les méthodes de diagnostic qui entraînent une grande perte de temps. Son expérience et son tact médical lui permettent de faire instantanément des diagnostics sur des signes imperceptibles.

Heureux privilège ! Aussi l'opérateur de Birmingham ne se trompe-t-il jamais. Chaque fois qu'il enlève les annexes, il les trouve toujours malades. L'artiste devine par le toucher ou autrement les modifications microscopiques d'un ovaire qui semble sain, même quand on l'a ôté du ventre. A Spencer Wells, qui demandait si on pouvait diagnostiquer avec certitude la présence de lésions incurables des ovaires, il répond (245) que rien n'est plus facile.

Il est vrai qu'un certain nombre de chirurgiens anglais n'ajoutent qu'une foi relative aux affirmations du trop actif opérateur de Birmingham.

CHAPITRE IV

Tandis que la population des autres États européens augmente dans des proportions sensibles, celle de la France est presque stationnaire. Cette situation est due à la diminution du nombre des naissances. La natalité qui décroît, en France, depuis 80 ans, avec une régularité constante et alarmante est l'objet des préoccupations les plus vives de la part des économistes et de tous ceux qui ont quelque souci de l'avenir de notre patrie.

Il est peut-être utile de rappeler les chiffres consciencieux qui ont été fournis par M. Rochard[1] :

Notre pays ne se dépeuple pas encore, mais son mouvement d'accroissement se ralentit de plus en plus. Au commencement de ce siècle, la population augmentait en moyenne de 6,02 habitants sur 1000 par an. En 1879, l'accroissement n'était plus que de 3,34 et la moyenne des cinq années qui viennent de s'écouler ne donnent plus que 2,85. Si cela continue, l'arrêt complet ne tardera pas à se produire.

... Nous constituons sous ce rapport une déplorable exception. L'Angleterre voit chaque année sa population s'augmenter de 13 p. 100, l'Allemagne, de 10 p. 1000, l'Italie et la Belgique qui présentent, après

1. Rochard, *la Population de la France*. (*Revue scientifique*, 1887, 1er semestre, p. 227.)

nous, le chiffre le plus faible, ont encore chaque année 7 habitants p. 1000 de plus que l'année précédente.

... Si la population ne s'accroît pas davantage, cela tient au petit nombre d'enfants qui naissent dans chaque ménage.

... En 1800, on comptait encore (en France) 4,24 enfants par famille, il n'y en avait plus que 3,16 en 1860, et aujourd'hui la proportion n'excède pas sensiblement le chiffre 3, au-dessous duquel *il* est reconnu qu'une population ne peut plus s'accroître. Chaque année, il naît un peu moins d'enfants que l'année précédente; en 1885, il en est né 15 000 de moins qu'en 1884, et ce sera pis encore au prochain recensement.

Joire [1] constate que si les rapports actuels subsistent en Europe, la population de la Prusse doublera en 39 ans; celle de l'Autriche, en 44 ans; celle de l'Italie, en 68 ans; enfin la France n'atteindra ce résultat que dans 150 ans.

M. Lagneau, dans différentes communications à l'Académie de médecine, a mis en pleine lumière la triste réalité du mal qui menace notre race d'extinction, à savoir la fécondité limitée des mariages.

Ce n'est pas en pratiquant inconsidérément la castration qu'on remédiera à cette triste situation. L'intérêt patriotique, à défaut d'un autre, ne doit-il pas nous inviter à sauvegarder, autant que faire se peut, les organes de la génération? Si bizarre que paraîtra peut-être notre opinion, nous ne craignons pas de dire que le chirurgien doit toujours avoir présent à l'esprit l'intérêt général, quand il est compatible avec l'intérêt particulier. Au lieu de sacrifier à la légère les ovaires d'une femme jeune, l'opérateur se dira — entre autres réflexions salutaires — que la suppression de ces organes porte une atteinte à la natalité déjà si faible de notre population.

Lawson Tait avance, sous une forme plaisante, il est vrai, qu'on est malthusien sans le savoir. Nous pensons que le chirurgien n'a pas le droit de l'être, en parfaite connaissance de cause. Lawson Tait (95) sait par expérience qu'il existe des femmes qui voudraient se faire enlever leurs ovaires uniquement pour ne plus avoir d'enfants. Il ajoute (417) que l'homme

1. Joire, *la Population*, 1885. Paris, Alcan.

de l'art ne peut songer à pratiquer la castration dans le seul but d'assurer la stérilité aux femmes.

A toutes les époques, le souci de la reproduction, fin naturelle de l'espèce, a vivement préoccupé les nations. Sans remonter aux âges antiques, il suffit de parcourir les écrits de ceux qui ont étudié la castration pour s'en convaincre.

La mutilation créée par la castration, lit-on dans Sajous (166), est une offense particulière aux sentiments entretenus chez toutes les nations civilisées, car elle réduit la femme à l'état d'une eunuque femelle.

L'infamie semble (*Dictionnaire des sciences médicales*, Adelon, 1813, t. IV, p. 270) être attachée à la suppression des ovaires. « Une disposition aussi bizarre que cruelle des lois de l'Indostan condamne les femmes adultères à perdre les ovaires, avant que de subir la peine de mort. »

Spencer Wells (240) écrit : « La castration, dans le sens le plus large du mot, chez l'homme et chez la femme, a une importance qui n'est attachée à aucune autre opération chirurgicale. Ce n'est pas seulement la vie de l'individu qui subit la castration qui est en jeu, mais l'opération entraîne la certitude de la non-reproduction d'êtres. La mort ou la servitude pénale pour la vie sont les peines qui sont inscrites dans certains codes pour le crime de castration injustifiable. Par castration, on entend toute mutilation qui cause la fin de la fécondité ou de la virilité de la victime. Les devoirs d'un chirurgien le conduisent souvent aux confins de ce qui est illégal. Avec les natures décevantes des malades, leurs notions mal définies de moralité et la propre profession du chirurgien à agir pour porter secours, la balance et la prudence est souvent facile à osciller en des mains incertaines. »

Dans notre ancien code, le crime de castration était puni de mort. L'article 315 du code Napoléon, quoique moins cruel, édicte des peines particulièrement graves, contre le crime de castration.

L'objectif que les législateurs ont toujours eu en vue, est

la nécessité d'assurer la conservation de l'espèce. Ainsi, dans son rapport sur l'article 316, Moussignat (46) disait, pour fortifier les rigueurs exceptionnelles de la loi : « Comment parler de cette mutilation qui, lors même qu'elle n'ôte pas la vie, prive des moyens de la transmettre. »

N'est-ce pas toujours la même préoccupation qui pousse les chirurgiens, comme Spencer Wells, à conserver en général l'autre ovaire, quand ils enlèvent un kyste ovarique? Beaucoup d'opérateurs laissent en place le deuxième ovaire, pourvu que cet organe ne présente pas de lésions qui fassent prévoir l'apparition d'une tumeur.

Schrœder (248) est allé plus loin. Convaincu de l'importance de respecter la fonction ovarienne, au point de vue de la fécondation future, il extirpe les tumeurs ovariennes, en ayant soin de conserver les parties normales de la glande.

En résumé, s'il est peut-être loisible aux chirurgiens étrangers de n'avoir qu'un médiocre souci des ovaires, les opérateurs français ne doivent agir qu'avec réserve sur les organes importants de la reproduction.

Pourquoi, du reste, ne traiterait-on pas les organes sexuels de la femme avec autant de respect et de circonspection que ceux de l'homme? Tandis qu'on pousse la chirurgie conservatrice jusqu'à ses dernières limites, tant qu'il est question du testicule, on sacrifie sans hésiter les ovaires. La glande séminale désorganisée et devenue inutile n'échappe-t-elle pas quelquefois au couteau, sous prétexte qu'il faut laisser au malade « un testicule moral » ?

CHAPITRE V

Y a-t-il lieu d'inviter les chirurgiens à n'enlever qu'avec circonspection les ovaires et, d'une façon plus générale, les annexes de l'utérus ? Les opérations, au contraire, sont-elles si rarement pratiquées qu'elles ne peuvent compter dans une statistique sur les causes de la diminution de la natalité ?

Il est impossible d'établir par des chiffres la fréquence avec laquelle on a porté l'instrument tranchant sur les ovaires et les trompes. Spencer Wells (240) affirme qu'on ne peut dire combien de fois et par combien de chirurgiens la castration a été faite. Thomas More Madden (166) dit que l'oophorectomie est regardée comme une panacée à tous les maux des pauvres femmes qui souffrent. Leurs ovaires sont enlevés par les chirurgiens avec autant d'impunité que ceux des truies par les bouchers. Si ces opérations, ajoute-t-il, continuent à augmenter, il y aura un nombre considérable de femmes qui seront privées de leur organisation sexuelle et de la faculté de reproduction. Dans un seul hôpital de province, on a enlevé, en 1885, les deux ovaires à 111 femmes.

Si l'on réfléchit au nombre d'affections qui peuvent être traitées par l'opération de Battey, si l'on fait le dénombrement des maladies qui sont susceptibles d'être attaquées de

cette façon, on ne tardera pas à se convaincre que beaucoup d'ovaires ont été inutilement enlevés, et que la même mutilation est réservée à des milliers de femmes jeunes.

Négligeons, si l'on veut, les cas où la castration a pour but d'amener la ménopause ou le changement de vie et examinons seulement la fréquence des altérations des annexes capables de déterminer des troubles plus ou moins marqués du côté de la cavité pelvienne.

L'inflammation chronique des annexes est fréquente, à ce qu'affirme Tait, puisque dans une seule année (355) il a trouvé 63 femmes à opérer. Le même chirurgien (340) déclare que ces inflammations doivent être traitées d'une façon radicale, et comme la castration est une opération bénigne, on doit la pratiquer largement (247) pour soulager les douleurs et guérir une santé compromise.

La pelvi-péritonite plus ou moins localisée autour des annexes, n'est-elle pas regardée comme une des indications de l'opération ? Ne détermine-t-elle pas, en toute hypothèse, des douleurs souvent persistantes? Que faut-il de plus pour légitimer, aux yeux de certains chirurgiens, une opération sur les ovaires et les trompes ? Mais si les chirurgiens, en quête de castrations, se mettent à opérer toutes les femmes qui présentent, à un moment donné de leur vie, des traces d'inflammation pelvienne, on se demande avec anxiété combien d'ovaires échapperont à cette furie ? Heitzmann (485) a trouvé des traces de péritonite chez plus de la moitié des femmes de son service. Kemarsky (307) estime à 42 p. 100 la fréquence de la pelvi-péritonite chez la femme. Aran a écrit que l'inflammation existait dans 55 p. 100 des autopsies de femmes.

Et Beigel, en se basant sur 600 nécropsies, trouve qu'il faut élever ce pourcentage à 90 p. 100. Combien de ces cas ont-ils présenté des symptômes plus ou moins graves ? Combien de fois la douleur a-t-elle été le phénomène dominant ? Souvent, nous le croyons fermement. Kemarsky a montré que dans 48 p. 100 des cas de pelvi-péritonite il y avait soit des

changements de position avec atrésie des trompes, soit du rétrécissement ou de la dilatation partielle de ces organes ou des adhérences de voisinage, ou bien encore de l'hydrosalpingite : toutes lésions qui sont prétexte à opération.

Quant à l'ovarite, elle est loin d'être rare, comme l'ont écrit West, Duncan, Hewitt, Sczanzoni, etc. Henning a rencontré cette inflammation 53 fois sur 81 autopsies ; un autre auteur, 21 fois sur 76 nécropsies. Wylie pense qu'elle existe dans 1/12 des cas et Martin dans 1/15 des constatations nécroscopiques.

Tissier (page 101) cite l'opinion de Patenko qui déclare que 16 p. 100 des ovaires examinés au hasard sont kystiques. Babès, dont l'autorité est incontestable, déclare qu'il a examiné 600 ovaires et qu'il n'en a pas trouvé un seul dans l'état normal. Hickinbotham professe la même opinion. Ces constatations microscopiques ne prouvent-elles pas la fréquence des lésions inflammatoires ou autres des annexes de l'utérus et du péritoine qui les entoure ? Si on considère les petits kystes de l'ovaire ou des trompes comme des lésions pouvant être traitées par la castration, il est évident qu'on sera presque toujours autorisé à enlever les ovaires ou les trompes d'une femme qui souffre dans le bassin pour une raison ou pour une autre.

Mais ce qui entraîne les confusions les plus grandes, dès qu'il est question de l'état des ovaires, ce sont nos incertitudes sur l'histologie normale et l'anatomie pathologique de ces organes. Pour Nagel (498), l'histologie de l'ovaire est loin d'être faite définitivement et (900) l'on a tort de se baser sur une légère tuméfaction pour enlever complètement la glande. Hegar et Kaltenbach signalent l'état incomplet de nos connaissances anatomo-pathologiques sur les organes sexuels et en particulier sur l'ovaire. Schrœder (206) affirme que les limites entre l'ovaire sain et l'ovaire malade ne sont pas déterminées. Une classification des états pathologiques de l'ovaire est proposée par J. Knowley Thornton (83). Paul Petit fait une étude approfondie de l'ovaire et des petits kystes de

l'ovaire. C. C. Coe, dans une importante communication (352) se demande ce qu'est un ovaire malade. L'histologiste lui-même, dit-il, a de la peine à nous dire où commence la maladie et où finit l'état normal, à plus forte raison le chirurgien doit-il être embarrassé. Cet auteur déclare qu'il ne peut considérer comme des états véritablement pathologiques certaines augmentations de volume de l'ovaire, la prétendue cirrhose, la dégénérescence kystique consistant dans la présence de petits kystes insignifiants de l'ovaire. Dans ses conclusions, C. C. Coe n'hésite pas à écrire : « De ce qu'un ovaire est malade partiellement, il ne s'ensuit pas qu'il ne fonctionne plus et que son ablation soit indiquée. » Toutes les altérations de minime importance ne peuvent pas justifier, à son sens, des opérations injustifiables. Même dans les cas d'ovarite bien et dûment constatée, on ne doit pas désespérer de l'organe au point de vue fonctionnel. Martin (419) est du même avis : « L'ovarite chronique peut guérir avec retour de l'organe à l'état normal, cela n'est pas douteux. Mes propres observations m'ont démontré qu'une ovarite chronique double, ayant duré fort longtemps, peut rétrocéder et arriver à la guérison en permettant même par la suite la conception. » « L'ovarite chronique, dit Imlach (157), n'empêche pas l'ovulation de se faire. Enfin, pour Halliday (235), le chirurgien n'a pas plus le droit de châtrer une femme atteinte d'ovarite chronique qu'il ne peut enlever un testicule parce que la tunique vaginale correspondante est plus ou moins épaissie à la suite d'une orchite.

Aussi, avons-nous le droit d'opposer une fin de non-recevoir aux auteurs qui enlèvent les annexes, sous prétexte que l'ovaire ou la trompe est altéré et n'existe plus au point de vue fonctionnel. N'est-ce pas une véritable pétition de principe? En bonne logique, il faudrait démontrer d'une façon irréfutable que l'ovaire dit cirrhotique, ou ayant quelques petits kystes, ou même atteint d'inflammation, est inapte à la fécondation. On se contente de renverser la proposition et de considérer comme démontré ce qu'il s'agit de prouver. L'opinion

de Martin, pour ne citer que celle-là, suffit pour réfuter un sophisme qu'on pouvait déjà répudier au nom de la logique. Entre autres faits, il faut citer celui de Schatz (135) qui enlève les annexes d'un côté et s'aperçoit de la dégénérescence kystique de l'ovaire du côté opposé. Cet organe, quoique gros comme une noix, est respecté. Mariée quatre ans après, l'opérée eut une fille. Montgomery rapporte un fait analogue. Et on trouvera dans l'ouvrage de Lawson Tait la preuve qu'une malade peut avoir des poussées inflammatoires vives et de longue durée, dans le petit bassin, et néanmoins devenir enceinte.

On nous accordera donc que les prétendus états anatomo-pathologiques si souvent rencontrés soit à l'autopsie, soit au cours d'une laparotomie, sont insuffisants pour justifier l'ablation d'un organe aussi important que l'ovaire. Rien n'est plus facile que de déclarer les ovaires malades, comme le fait volontiers Lawson Tait, mais cette simple affirmation ne peut légitimer la castration.

Du reste, peut-on connaître l'état anatomique des ovaires, avant l'opération? Oui, chez quelques malades; non, dans la majorité des cas. A moins qu'il ne s'agisse de grosses lésions ovariques, il est souvent impossible d'affirmer avant l'opération l'intégrité ou l'altération des ovaires, ainsi qu'en déposent Terrier et Terrillon (209). C'est aussi l'avis de Spencer Wells. Même quand le chirurgien a la glande dans les mains, il ne peut se prononcer en parfaite connaissance de cause. Magnin (227) rapporte un fait instructif à cet égard : Terrier, croyant à l'altération d'un ovaire qu'il avait enlevé, confia l'examen de la pièce à Malassez, qui démontra l'intégrité de l'organe. Aussi Coe a-t-il raison de qualifier d'empiriques ces ablations si facilement pratiquées sur des ovaires dont on ignore l'état anatomique. C'est aussi en se basant sur la stérilité et les dangers qu'entraînent les altérations de la trompe, c'est en exagérant, comme à plaisir, la gravité de certaines lésions de ce conduit qu'on a pratiqué, dans ces dernières années, l'ablation des trompes et en même temps celle des ovaires.

CHAPITRE VI

Si nous envisageons la castration comme la comprennent Spencer Wells, et quelques autres auteurs, nous devons étudier aussi les opérations radicales qui se font sur les trompes. Lorsqu'on enlève celles-ci, la stérilité est obtenue. C'est à ce titre qu'il faut s'occuper ici des ablations des trompes et d'une façon plus générale des annexes de l'utérus, car le plus souvent les ovaires sont sacrifiés en même temps. Admettons donc, ne serait-ce que pour les besoins de cette étude, l'expression de castration tubaire. L'ablation des ovaires avait été, pendant longtemps, la manie de certains opérateurs, mais les travaux qui furent entrepris sur les inflammations des trompes et la pratique de L. Tait contribuèrent à fixer l'attention sur ces conduits qui devinrent le nouveau point de mire de la chirurgie abdominale. La mode est à la salpingite et à la salpingo-oophorectomie. A l'heure actuelle, c'est l'opération en vogue.

Voici ce qu'écrivait A. Walton (de Gand) l'an dernier (499) :

Un courant puissant, un engouement exagéré semble entraîner les chirurgiens à pratiquer parfois aveuglément l'ablation des annexes de l'utérus sans indication suffisante et sans avoir épuisé, ou seulement tenté, *tous* les moyens propres à obtenir la guérison *sans enlever à la femme les organes qui constituent son sexe.* Des voix autorisées se sont

déjà, plus d'une fois, élevées contre cet entraînement irréfléchi qui tend à discréditer une opération admirable lorsqu'elle est bien indiquée. Ces observations qui s'adressaient, il y a peu de temps encore, aux chirurgiens anglais, allemands et particulièrement aux opérateurs américains, deviennent aujourd'hui applicables aux français. Ainsi Terrillon, Lucas-Championnière, etc., châtrent les femmes pour les métrorrhagies graves *sans fibrome*, de *cause inconnue*, Championnière avoue même que dans nombre de cas opérés par lui, il leur a été impossible de trouver une lésion des annexes.

C'est aller beaucoup plus loin que Battey, Tait, Keith, etc., qui n'ont pas encore osé aller jusqu'à décréter la castration pour les métrorrhagies, même graves, de cause inconnue.

Quoique nous ayons entre les mains de nombreux documents sur la salpingite, il nous est impossible de faire l'histoire de cette affection. On trouvera du reste à l'Index bibliographique des indications qui pourront être utiles à ceux qui désirent faire un travail sur cette question. La Thèse de Montprofit et un important mémoire de Walton (485) contiennent d'excellents renseignements sur cette question d'actualité. C'est surtout au travail du chirurgien de Gand, riche en matériaux, que nous empruntons quelques détails intéressants.

On connaît l'histoire de la pelvi-péritonite et les fluctuations qu'elle a subies. Au phlegmon péri-utérin de Nonat, Bernutz opposa la pelvi-péritonite et établit la notion de la propagation inflammatoire des organes génitaux internes de la femme au péritoine. De nos jours, l'on en revient à la conception de Bernutz, qui avance que la tumeur péri-utérine est constituée par divers viscères pelviens soudés ensemble. Suivant cet auteur, le péritoine est atteint par propagation de l'inflammation dont le siège primitif se trouve dans les ovaires et les trompes.

Pour Bernutz, Tait, Wylie, Polk, etc., il y a d'abord salpingite, par suite de l'affection de la matrice ; il se produit postérieurement une propagation aux tissus voisins.

De l'avis d'un très grand nombre de pathologistes, c'est l'utérus et le vagin qui sont les points de départ des lésions. Celles-ci aboutissent aux trompes.

La vulve, le vagin et l'utérus étant infectés, quelles sont les voies de propagation ?

Il semble établi que l'inflammation peut se transmettre au péritoine par les trompes, les lymphatiques, les veines, même directement à travers le parenchyme utérin. Toutes ces voies sont utilisées dans l'inflammation puerpérale et la septicémie. Mais en dehors de ces affections, la voie la plus fréquente semble être la trompe, d'après la majorité des auteurs. Le rôle des lymphatiques a été considérablement diminué, au profit de celui de la trompe, dans la marche des éléments septiques. En somme, les lésions péri-utérines sont, à l'heure actuelle, regardées comme le résultat de la salpingite.

Mais toutes les salpingites sont-elles vouées au couteau? Les salpingites catarrhale et végétante, la pyosalpingite, l'hémosalpingite, la salpingite blennorrhagique, la salpingite tuberculeuse ne peuvent-elles rétrocéder? Doit-on traiter de la même façon les salpingites muqueuses, les salpingites interstitielles, les pyosalpingites, les hydropisies de la trompe et les hématomes de la trompe sans inflammation? Et d'abord, toutes ces classifications ne sont-elles pas plus anatomiques que cliniques?

Dans l'immense majorité des cas, il est impossible de savoir si l'on est en présence d'une pyosalpingite ou d'une hydrosalpingite. C'est donc à l'aventure qu'on ouvre le ventre, car il est rare que les signes soient suffisants pour pouvoir affirmer la nature du contenu des trompes. Ce que l'on peut diagnostiquer le plus souvent, c'est l'existence d'une tumeur qui dépend de la trompe et des ovaires.

Telle est aussi l'opinion de Freund (*Ueber die Indikationem zur operativen behandlung der erkrankten Tuben*).

Polk (485) l'a dit : La salpingite n'est pas une maladie nouvelle, ni une maladie rare. D'après cet auteur, le plus souvent les malades guérissent, et, dans la minorité des cas, il ne se produit aucune amélioration. Walton ajoute : « Il est certain que la grande majorité des cas de salpingite et de péritonite

n'apas une issue fatale... L'expérience démontre que la plupart des malades se rétablissent, beaucoup même se remettent si bien, que non seulement elles n'éprouvent que peu d'inconvénients de leur maladie, mais qu'elles peuvent encore ultérieurement faire des enfants. » Et plus loin : « Il importe donc d'être circonspect et de ne pas mettre trop hâtivement sur les trompes une main téméraire. »

A ceux qui prétendent, comme Stausburg Sutton (485), qu'il est illogique et souverainement dangereux de laisser du pus dans le ventre et qu'il faut enlever, vider au moins, la collection purulente, on peut répondre qu'il est rare que le diagnostic de la suppuration soit fermement établi sur des bases solides. En outre, la crainte de voir le contenu purulent s'ouvrir dans le péritoine a été exagéré par les laparotomistes. Walton (485) montre bien par quel mécanisme la cavité péritonéale est mise à l'abri de l'irruption du pus. L'ovaire et la trompe contractent des adhérences; l'orifice abdominal se ferme et quand une des ouvertures de la trompe cède, c'est du côté de l'utérus que le plus souvent se produit l'évacuation de la collection purulente, ainsi qu'on peut le constater cliniquement dans maintes circonstances. Aussi Burton déclare qu'il n'a jamais eu à opérer des salpingites, qu'il les a vu guérir par le traitement ordinaire et qu'il n'a jamais perdu de malade ni d'hématocèle ni d'hématosalpinx. Spencer Wells (470) écrit : « Je suis porté à croire que la salpingite purulente guérit, sans traitement chirurgical, par le repos et les remèdes usuels. » Lee (469) reconnaît que la tendance de la salpingite est de se terminer par la guérison et que nombre de cas peuvent être guéris sans opération.

Croom (153), qui a fait de nombreuses opérations de ce genre, se montre maintenant plus réservé sur le choix des interventions sanglantes.

Grandin (342) est d'avis qu'il faut réserver l'opération pour les cas de pyosalpinx, puisque les autres affections (salpingite catarrhale, pachy et péri-salpingites, périoophorite) peuvent

être améliorées, souvent guéries sans danger pour la femme et avec conservation de sa fonction reproductrice.

Gittens (508) exprime des réserves sur la laparotomie appliquée à la salpingite.

Polk (487), qui a une grande expérience des affections de ce genre, a écrit : La majorité des cas guérissent. Ses observations lui démontrent que le retour à la santé est la règle après la salpingite. Tantôt il y a restitution de la fonction, tantôt stérilité. Il ne peut donner des chiffres. Ce chirurgien rétorque l'argument qui consiste à dire qu'il y a danger imminent de mort pour la malade ayant une salpingite purulente. La fréquence de la guérison est une réponse suffisante à cet argument qui n'était qu'un prétexte pour opérer. « *Il y a un an, si l'on m'avait demandé s'il fallait enlever les trompes et les ovaires dans tous les cas de salpingite, j'aurais répondu oui; mais quelques expériences sur la table d'opérations m'ont permis de douter de la justesse de cette affirmation.* » Et Polk avait fait en 1887 cinquante ablations d'annexes.

Martin (de Berlin) (484) a examiné plus de 250 femmes atteintes de salpingite et n'a trouvé que peu de cas à opérer. L'ablation des annexes est pour lui une ressource qu'il emploie après insuccès des moyens de douceur.

Emmet (484) est du même avis et il ajoute : « *Mais je suis convaincu que dans les 2/3 des cas opérés aujourd'hui, aucun chirurgien ayant quelque respect de sa réputation ne voudra les opérer dans 5 ans d'ici.* »

Goodell, comme Polk, reconnaît que la question de la salpingite et de son traitement est à l'état chaotique et qu'alors qu'il croyait à l'existence d'une altération provenant des ovaires et des trompes, il a été surpris de ne trouver que des lésions peu importantes.

G. Granville Bantock (484) déclare nettement qu'on ne doit pas faire l'ablation des ovaires et des trompes dans tous les cas de salpingite. Même quand il s'agit d'une pyosalpingite gonorrhéique, affection qui nécessite d'ordinaire une opération

sur les annexes, ce chirurgien demande avec anxiété, en présence d'un fait qu'il a observé, s'il faut toujours opérer des cas de cette espèce. Il avait enlevé une trompe ayant contenu beaucoup de pus et n'avait trouvé, au moment de l'opération, qu'une petite quantité de matière caséeuse. Il est évident, dit Bantock, que ces cas peuvent guérir à la longue et sans opération.

Cet opérateur pense qu'il est très rare de trouver des exemples de mort à la suite d'une rupture de pyosalpingite. Car si la maladie avait une terminaison aussi souvent funeste qu'on veut bien le dire, on enregistrerait plus souvent des décès. Il cite l'histoire d'une malade qui présentait dans le bassin une tumeur du volume d'une noix de coco. L'état de cette femme était désespérée. Un traitement palliatif fut institué et en deux jours la situation fut complètement améliorée.

Wylie, Croom, Polk, éclairés par l'expérience et, par suite, plus versés dans le diagnostic de ces affections, déclarent qu'ils n'opéreront plus comme ils l'ont fait auparavant. Les indications sont plus restreintes qu'on le croyait.

Quant à More Madden (452), il lui semble aussi rationnel de faire l'amputation du sein, pour un abcès mammaire ordinaire, que d'enlever les trompes pour cette seule raison qu'elles peuvent être le siège d'une collection séreuse ou purulente.

Enfin Coe (352) s'exprime dans les termes suivants :

« Elles sont vraiment trop nombreuses les maladies qu'on a qualifiées de salpingites. » Et il met en doute le diagnostic de salpingite catarrhale, catarrhe chronique, pyosalpingite, hypertrophie de la trompe, sténose, congestion, hypertrophie, dilatation, œdème de la trompe. « Je soutiens qu'une trompe saine peut présenter en un point quelconque un léger accroissement. L'atrophie de la couche musculaire de la trompe est rare; plus exceptionnelle encore est l'hypertrophie de la trompe. » Coe dit qu'Imlach, dans 22 cas d'ablation, a trouvé 11 pyosalpingites, 4 hématosalpingites et 5 hydrosalpingites.

Suivant la terminologie habituelle, les ovaires polykystiques étaient atteints d'ovarite chronique. Coe a examiné ces pièces et il a trouvé que dans les 4 cas de pyosalpinx, il n'y avait pas de pus : « j'ai donc le droit d'être sceptique sur le diagnostic. »

Dans ces cas comme dans bien d'autres circonstances, l'opérateur se console d'une opération inutile en décrétant que l'organe enlevé est atteint d'une grave lésion.

Pour Freund, il ne faudra pratiquer la salpingectomie que si l'inflammation s'est développée dans des trompes demeurées à l'état infantile.

On le voit, un mouvement de recul se produit chez les opérateurs qui ont déjà acquis une réelle expérience sur l'ablation des annexes. En France, nous entrons dans une voie dont on commence à être quelque peu dégoûté à l'étranger.

La salpingite est donc une affection qui semble, dans le plus grand nombre de cas, marcher naturellement vers la guérison. Elle n'aboutit pas fatalement à la stérilité, de l'avis d'hommes autorisés et qui ont pratiqué de fréquentes opérations sur les annexes. Dès lors, il ne s'agit pas de se précipiter sur les femmes qui souffrent plus ou moins dans le bassin et qui portent des masses inflammatoires de volume variable, au niveau de leurs annexes, sans qu'on puisse le plus souvent savoir exactement s'il s'agit d'une collection purulente ou d'une hydrosalpingite. Comme l'ont écrit beaucoup de ceux qui ont bien étudié cette maladie et qui ont pu constater ce que les soins et la temporisation pouvaient faire, il y a lieu de patienter, d'expérimenter les moyens de douceur qui, comme nous le verrons, donnent d'heureux résultats.

Au lieu de décréter que la femme est stérile, que les lésions sont incurables et qu'elles menacent la vie, il est bon de mettre en doute toutes ces affirmations qui sont contredites par un grand nombre de faits.

La patience sera donc nécessaire dans le traitement. Il faudra avoir épuisé tous les moyens usités, avant d'arriver

à une telle extrémité; car, comme nous le verrons, l'opération, quand elle est formellement indiquée, n'est pas aussi bénigne qu'on a bien voulu le dire et les résultats obtenus ne sont pas aussi beaux qu'on l'écrit.

Enfin l'opération détermine la stérilité, attendu qu'on attaque volontiers les deux trompes sous différents prétextes (possibilité de propagation de l'inflammation de l'utérus à l'autre trompe, quand celle-ci est reconnue saine au cours de l'opération, chose rare; nécessité d'obtenir la ménopause anticipée, etc.).

Ici encore, la femme doit être mise au courant des conséquences de l'opération. Et il s'en trouvera plus d'une qui dira comme la malade de Polk (484) : « Je préfère mourir que d'avoir mes ovaires enlevés. » Une autre opérée, citée par Post (508), répondait à ce chirurgien : « J'aurais mieux aimé souffrir, même mourir et avoir des enfants. »

Certes, il est difficile de dire exactement à quel moment on doit tenter une opération sur les annexes d'une femme qui souffre et qui a manifestement l'ovaire et la trompe dans un tel état, que le retour à l'état normal ou une amélioration raisonnable ne peuvent plus être espérés. Comme Pozzi (471), après bien d'autres opérations, le disait, il y a nécessité à faire une distinction, au point de vue opératoire, entre les cas dans lesquels la trompe présente peu d'adhérences et ceux dans lesquels elle est fixée par des adhérences considérables aux parties voisines. Quelle différence entre une opération qui aboutit à l'ablation d'un ovaire cirrhotique accompagné d'une trompe plus ou moins augmentée de volume avec un contenu séreux, séro-purulent ou même purulent et une intervention portant sur ces énormes et irrémédiables lésions qui transforment les trompes et les ovaires en des masses dures, fibreuses, creusées de cavités purulentes et intimement adhérentes à l'intestin et aux autres organes du petit bassin? Que l'ablation de ces masses constitue un progrès considérable dans la chirurgie abdominale, nul ne le conteste. Mais les

splendides résultats que le chirurgien peut obtenir dans ces cas, ne doivent pas être compromis, annihilés par le mal qu'il fait en intervenant d'une façon intempestive sur des trompes qui ne demandaient qu'une thérapeutique douce et modérée pour se vider et guérir.

M. Terrillon, justement fier des succès qu'il a obtenus, est partisan de l'ablation des annexes. Pour lui (455), les lésions de la salpingite sont rarement guérissables et menacent perpétuellement la vie des femmes. Comme la bénignité et la facilité de l'opération sont d'autant plus grandes que la maladie est récente, M. Terrillon se montre assez enclin à l'intervention précoce, d'autant plus, dit-il, que l'opération est relativement bénigne.

Déjà M. Trélat, dans deux cliniques que nous avons recueillies, se demandant avec raison s'il fallait opérer toutes les salpingites, répondait par la négative et insistait sur le nombre de femmes qui seraient privées de leurs ovaires et de leurs trompes si on enlevait les annexes à toutes les malades atteintes d'une inflammation tubaire ou ovarique. Il faut savoir patienter, disait-il, mais pendant combien de temps?

« Il ne faut opérer ni trop tôt ni trop tard, » formule élastique et vague dont l'application est impossible. Il suffit de parcourir les observations publiées dans ces derniers temps pour être convaincu que les chirurgiens n'ont pas épuisé tous les moyens ordinaires de traitement, avant de faire la laparatomie et qu'ils ont opéré d'une façon extrêmement hâtive.

Pour notre part, nous avons pu suivre pendant plusieurs mois des femmes qui présentaient des salpingites très marquées et qui ont guéri, sous nos yeux, grâce à une thérapeutique modérée et patiente. Une, entre autres, sur laquelle nous avons vu naître, évoluer et disparaître une collection tubaire, n'a été traitée que par des tampons vaginaux glycérinés et des injections chaudes.

CHAPITRE VII

Les résultats véritablement surprenants que la chirurgie abdominale a donnés dans la cure de certaines affections considérées, jusqu'à notre époque, comme étant au-dessus des ressources de l'art, ont poussé les opérations dans une voie féconde, mais les abus n'ont pas tardé à se glisser dans la pratique d'une opération utile. La castration n'était-elle pas regardée comme le remède infaillible à presque tous les maux de la femme? A la lueur de l'expérience, on en est arrivé à une plus saine appréciation des faits, comme on peut le constater par les citations suivantes :

Baker (81) croit qu'on s'est trop laissé aller à faire une opération qui rend sans doute des services. Emmet affirme que l'opération, utile dans certains cas, a fait plus souvent du mal que du bien. Il s'élève contre la prétention des chirurgiens qui se croient tous capables d'exécuter parfaitement cette opération. Pour Coe (92), les changements insignifiants trouvés dans l'ovaire ne peuvent suffire à légitimer la laparotomie. Il est d'avis que l'enthousiasme actuel que les chirurgiens professent pour l'ablation des annexes ne durera pas. Ailleurs c'est More Madden (98) qui proteste contre la tendance actuelle d'enlever trop facilement les ovaires.

Porak (100), dans son mémoire, fait des réserves sur la castration.

Emmet (110) n'a que rarement rencontré des cas dans lesquels il leur a paru nécessaire, en conscience, de la pratiquer, et où les bénéfices à obtenir compensaient pleinement les risques de l'opération. A son sens, les cas justiciables de la castration sont limités et « il espère que les générations futures n'auront pas à subir la castration, car les médecins apprendront à mieux traiter les malades ».

Hart et Barbour (111) écrivent que la castration est encore en litige et les gynécologues n'ont pas encore résolu la question de savoir si les résultats de l'opération étaient à la hauteur des dangers qu'elle fait courir.

C'est un pis aller, d'après Goodell (112, 113, 114). Il ne connaît pas d'opération dont on ait plus abusé. La malade n'est-elle pas curable par d'autres moyens? C'est ce que l'on devra toujours se demander, avant de pratiquer une opération qui est dans l'enfance et qui, trop souvent faite, menace de tomber dans le discrédit le plus grand.

Burtin (123) pense que l'ablation des trompes et des ovaires est plus dangereuse que l'ovariotomie.

Pour Baer (147), l'extirpation des annexes ne suffit pas pour guérir les malades dans tous les cas et il fait des réserves formelles sur l'opportunité de l'opération dans un grand nombre de circonstances.

Croom (153) confesse qu'il n'opéra plus certains cas d'oopho-salpingite à cause des mauvais résultats qu'il a eus.

L'histoire rapportée par Dawson (155) montre que la castration n'est pas un remède infaillible à tous les maux.

Spiegelberg (175) n'est pas enthousiaste de cette opération. Quand on veut faire disparaître des douleurs qu'on croit être localisées à l'ovaire, l'ablation de ces organes prouve que nous ne sommes pas capables de diagnostiquer le siège de la maladie. Les indications de la castration ne sont pas bien définies, dit Keen (179).

Quant à Keith, il critique l'opération en citant la phrase d'un médecin (203) : « Les femmes n'avaient pas de maladies, elles ont été guéries. »

L. Tait (247) lui-même proteste contre les castrations faites simplement par des personnes qui rapportent trop facilement toute maladie du bassin aux annexes saines. Ailleurs (316) il dit que l'opération de Battey a donné beaucoup d'insuccès. On ne fait pas disparaître les symptômes réflexes divers et vagues, en provoquant la ménopause anticipée.

Ferrand (330, 331), Duplay (333), Péan (334), Gresnier (338), Grandin (342), F. Churchill (361), Courty (363), Nordau (369), Engelmann (374), font aussi des réserves. A. Martin (631) montre les résultats peu brillants qu'on a obtenus.

Toutes ces citations ne démontrent-elles pas que la castration n'est plus accueillie avec cette ferveur d'antan ? La période d'engouement est passée. De nombreuses protestations ont surgi et mettent en question la valeur réelle de l'opération.

CHAPITRE VIII

C'est par voie indirecte que la castration agit sur l'utérus. En supprimant les ovaires et au besoin les trompes, l'opérateur, dans la grande majorité des cas, escompte la guérison de la malade, en se basant sur la production d'une ménopause anticipée.

Ce résultat est-il toujours obtenu? C'est là une question dont la solution est des plus importantes, on le devine aisément. Quand un chirurgien se décide à ouvrir le ventre, à enlever des organes sains — parfois en laissant en place un organe manifestement altéré, comme dans le cas de fibrome utérin — quand un chirurgien agit de la sorte, il n'est autorisé à le faire, qu'autant qu'il espère obtenir la ménopause ou du moins l'arrêt d'hémorrhagies parfois fort inquiétantes.

Quelle est l'opinion des auteurs sur ce point? Voici ce que la pratique de la castration permet de dire :

Hart et Barbour (*Manuel de Gynécologie*, trad. de Crouzat, Paris, 1886) (111) écrivent, p. 100 : « L'opération connue sous le nom d'opération de Battey, quand les deux ovaires sont enlevés, n'amène pas toujours la cessation de la menstruation. »

Plus loin (p. 220) : « Il n'y a pas trop à attendre de cette

opération. » Et enfin à la page 224, ils sont plus affirmatifs : « L'ablation des ovaires n'a pas d'action sur la ménopause. »

Goodell (114) s'exprime dans les termes suivants : Par une raison inexplicable, l'ablation des ovaires n'amène pas toujours la ménopause. Est-ce, par la force de l'habitude, une loi de périodicité ou un fragment de stroma ovarien laissé en place ? La persistance des règles est-elle due au tissu ovarien contenu dans le ligament large ou à un ovaire surnuméraire ? Il croit à l'existence, dans ces cas, d'un troisième ovaire ou à la présence du tissu ovarien infiltré dans le ligament large. D'après sa statistique, 11 femmes sur 100 perdent encore après l'oophorectomie. Même quand on a enlevé les ovaires et l'utérus, il peut se produire une pseudo-menstruation. Storer, Burnham ont constaté plusieurs fois, après l'opération, l'écoulement d'une grande quantité de sang par le vagin.

On a vu, après l'oophorectomie et l'hystérectomie, les règles persister jusqu'à la ménopause. Sur 100 cas personnels d'oophorectomie, Goodell a eu 3 insuccès : dans un cas, la menstruation continua pendant 3 ans ; dans un autre, les règles revinrent pendant 8 mois et furent ensuite irrégulières ; dans le dernier cas, la menstruation cessa pendant un an, puis reparut.

Halliday Croom (154) dit que deux de ses opérées furent réglées, mais que les hémorrhagies étaient légères et n'occasionnaient pas de douleurs. Une femme, ayant un utérus hémorrhagique, a eu, après l'opération, deux hémorrhagies abondantes : « il est à espérer que dans peu les hémorrhagies disparaîtront complètement. »

Sur 9 castrations rapportées par Fehling (162), quatre fois la ménopause fut immédiatement obtenue ; 3 fois elle survint après des interruptions variables ; enfin, dans deux cas, la menstruation persista, mais d'une façon irrégulière pendant 2 ans.

Tauffer, sur 10 cas, a obtenu 4 fois une ménopause immédiate, 3 fois après des hémorrhagies répétées. Dans 3 cas,

il y eut, après l'opération, une menstruation qui s'accomplit régulièrement.

Hegar, sur 41 cas, a vu survenir 31 fois la ménopause complète, 8 fois après des hémorrhagies répétées; une fois les règles continuèrent régulièrement.

Wylie (166), dans les 11 castrations qu'il fit pour fibromes, nota 2 fois la persistance de la menstruation.

Prochownick (173) avance que sur 60 castrations faites pour des fibromes, après l'établissement de ménopause, 5 fois des hémorrhagies irrégulières continuèrent à avoir lieu. Dans 1 cas, les hémorrhagies ne cessèrent pas.

Bruntzel (174) parle de deux cas de fibromes volumineux avec métrorrhagies. L'opération n'a pas arrêté les hémorrhagies. Sur les 9 opérées de Menzel (192), cet auteur constata 6 fois la suppression de la menstruation; 3 fois il y eut persistance d'écoulements sanguins.

Freund (201) observa, malgré l'opération, la continuation de la métrorrhagie dans 1 cas de fibrome utérin. Dans 2 autres cas de fibrome, les résultats furent bons en apparence, mais après 6 mois les métrorrhagies reparurent.

Dans l'Obs. I de Keith (203), on peut s'assurer que 1 an et 3 mois après l'opération, l'opérée a eu encore une hémorrhagie très sérieuse et 3 autres de moindre importance (223). Sur 59 ovariotomies doubles pratiquées d'après les idées de Battey, il y eut ménopause 53 fois, flux menstruels irréguliers 4 fois et menstruation régulière 2 fois (Lebec).

Pascal avance que la ménopause est obtenue par la castration, dans les 72,56 p. 100 des cas.

Halliday écrit (235): L'arrêt de l'hémorrhagie n'est pas invariable. Il a vu l'hémorrhagie continuer 2 et 3 ans après la castration complète.

Battey (236) dans sa statistique consigne des insuccès, au point de vue de la ménopause :

Cas XV. Cessation des règles pendant 3 mois et ensuite menstruation

qui a continué avec régularité jusqu'en 1887, c'est-à-dire pendant 4 ans à partir de l'opération.

Cas XIX. Après 13 mois de suppression des règles, retour de la menstruation avec douleurs pelviennes. Pendant 10 mois, la menstruation est régulière, puis les époques sont irrégulières. Parfois les pertes sont considérables.

Cas CXXI. Les hémorrhagies disparaissent pendant 4 mois. Mais les règles reviennent toutes les 2, 3, 4 ou 5 semaines; parfois ce sont des pertes abondantes qui obligent la malade à garder le lit pendant 10 jours.

Cas CLI. Femme opérée en avril 1885, vue en 1887. Les époques ont continué jusqu'à maintenant, malgré l'ablation des 2 trompes et des 2 ovaires.

Battey, dont l'autorité en pareille matière sera facilement acceptée par tous les chirurgiens, n'écrit-il pas : L'ablation des ovaires n'amène pas toujours la ménopause. L'ablation des ovaires et des trompes n'est pas plus efficace, ainsi qu'il peut l'affirmer avec d'autres opérateurs.

Kæberlé (244) a vu, après l'extirpation des ovaires, survenir une hémorrhagie utérine assez abondante accompagnée de tous les symptômes généraux de l'époque menstruelle. Le retour des règles, constaté le 6e mois, à partir de l'opération, continuait encore 6 mois après.

Bailly (244) admet la possibilité de la menstruation après l'extirpation des ovaires, et Simpson (351) aussi.

Tissier, dans sa Thèse, rapporte des faits intéressants.

Dans un cas de Duplay, la castration n'a pas supprimé les hémorrhagies (dues à des corps fibreux), mais elles sont devenues moins abondantes; cependant, au 5e et au 7e mois, l'opérée eut encore une hémorrhagie assez considérable.

Obs. III (Hegar). Pendant les 6 mois qui suivirent l'opération, ménopause. Depuis lors, retour des hémorrhagies.

Obs. XIV (Hegar). Pendant 3 mois, à partir de l'opération, ménopause; mais les hémorrhagies reviennent et Fehling fait la myotomie.

Obs. LIII (Martin). Après 2 ans de ménopause, retour des hémorrhagies.

Obs. LXXXIII. Les hémorrhagies, quoique pas régulières, sont encore importantes. La malade est dans un triste état.

Obs. CLIX (Hofmeier). Retour des hémorrhagies.

Obs. CLXI (Leopold). Les hémorrhagies cessèrent pendant 2 mois, puis revinrent.

Obs. CLXV (Duplay). Diminution des hémorrhagies.

Obs. CLXX (Bantock). Persistance des hémorrhagies.

Tissier (p. 83) cite un fait de Muller qui fit la castration pour combattre des hémorrhagies utérines. Le résultat fut négatif. Plus tard on essaya l'ergot de seigle qui enraya l'hémorrhagie. Il eût été plus sage de commencer par l'ergot, dit Tissier. Dans la thèse d'Estrada, on trouve les faits suivants :

Obs. LXVI (L. Tait). Ablation des annexes. Règles continuent et même pertes assez abondantes.

Obs. LXIX (L. Tait). A été réglée depuis l'opération.

Obs. LXXXV (L. Tait). Réglée régulièrement, quoique diminution de la quantité du sang.

Obs. CIII (L. Tait). La malade a eu deux fois ses règles, en 2 ans.

Obs. CXXVII (L. Tait). Impossibilité de trouver l'ovaire droit. Les pertes continuent. Nouvelle laparatomie deux mois et demi après. Mais les adhérences sont telles et l'hémorrhagie si considérable que Tait renonce à achever l'opération. On referme le ventre. Cinq mois après, deuxième laparotomie : ablation d'un gros fibrome. Mais les annexes du côté droit n'existaient pas, par suite d'une malformation congénitale, dit Tait, ce qui explique la continuation de l'hémorrhagie, après la première opération, par l'ablation insuffisante de la trompe gauche.

Dans les cas de Baer et Kelly (55), les trompes, les ovaires avaient été enlevés et les hémorrhagies n'en persistèrent pas moins.

La malade de Johnson (81) souffre moins et est bien réglée.

Après avoir fait l'ablation des annexes, Bueter Smythe (101) note l'apparition des règles du deuxième au neuvième jour. Bantock (418) enlève les annexes d'une femme atteinte d'hémorrhagies, mais la menstruation revient abondante.

Duplouy (105) a pratiqué la castration double. Régularité de la menstruation, depuis l'opération.

Obs. I. (Bouilly, 108). Les règles n'ont jamais disparu. Obs. II. Epistaxis, poussées hémorrhoïdaires, écoulement sanguin par la cicatrice.

Règles pendant trois jours, quatre mois après. Cinq ou six mois après castration : hémorrhagie utérine assez abondante pendant trois jours.

Obs. I. (Hyde, 158). La menstruation persiste après l'opération.

Dans la séance du 19 octobre 1887 de la Société obstétricale de New-York, Wylie (164) cite l'exemple d'une malade qui eut ses menstrues régulièrement pendant quatre ans. Mundé rappelle une castration faite par Noeggerath. La dysménorrhée persista. Dans une deuxième laparotomie, on enleva ce qui restait du pédicule et on cautérisa les moignons. Quatre ans après, la malade entre dans le service de Mundé avec un fibrome utérin qui n'existait pas, lors de la dernière opération. La malade est toujours réglée.

Ch. Monod cite une castration (232) suivie d'une perte de sang qui s'établit dès le lendemain de l'opération et se montra pendant seize mois. Trois fois il y eut de véritables métrorrhagies, l'une ayant nécessité le tamponnement vaginal. Arrêt pendant huit mois et retour de l'écoulement sanguin, qui paraît devoir être modéré.

Doléris rapporte l'histoire d'une femme qui n'avait plus ses ovaires et qui venait, dans son cabinet de consultation, lui dire qu'elle n'était plus menstruée depuis l'opération datant déjà de 9 mois, quand soudain cette dame sentit qu'elle perdait du sang par le vagin. Une autre femme à laquelle il a enlevé les ovaires et les trompes vient d'avoir des pertes et cependant la ménopause existait, du fait de l'opération, depuis plus d'un an.

Martin (*Traité clinique des affections des femmes*, p. 632) écrit : « Les hémorrhagies dues aux affections utérines surtout ne seront influencées que très irrégulièrement par la castration. » Il cite une castration, à l'appui de cette thèse.

Obs. VII, à la suite de laquelle les hémorrhagies continuent. Il est vrai qu'au bout de quelques années la ménopause finit par s'établir lentement; mais lors de l'opération, cette femme avait déjà quarante-quatre ans.

Le même auteur rapporte, à la suite d'une ablation des annexes, l'exemple d'une femme atteinte d'hémorrhagies supplémentaires du côté de l'estomac, et de la vessie.

Sans vouloir tirer parti plus que de raison de ces exemples de menstruation vicariante (410, 108, 258, 64 fait de L. Championnière), n'a-t-on pas le droit de demander l'explication de ces hémorrhagies anormales, après l'extirpation des ovaires, à ceux-là qui pensent que ces organes sont seuls capables de mettre en branle le molimen menstruel ?

La castration a même amené un résultat assez surprenant. A la suite de cette opération, des femmes qui jusque-là n'avaient jamais été menstruées ont vu leurs règles s'établir : Battey, dit Gaillard Thomas (56), a enlevé les ovaires d'une jeune fille dont la vie paraissait menacée par une aménorrhée rebelle et des convulsions épileptiformes. La malade supporta bien l'opération et, fait digne de remarque, la menstruation devint régulière.

Ovariotomies doubles.

La pratique déjà longue de l'ovariotomie a permis d'interroger l'état de la menstruation après l'ablation des 2 ovaires. Les ovariotomies doubles ne sont pas, en effet, d'une extrême rareté.

Emmet (164) signale, après une ovariotomie double, la persistance pendant 4 ans d'une menstruation régulière.

Hegar (172) cite la statistique de Goodman portant sur 27 ovariotomies doubles : 10 fois les règles ont conservé leur caractère de régularité.

Lebec (223) donne les résultats de la menstruation à la suite de 70 ovariotomies doubles pratiquées pour kystes de l'ovaire.

Dans 14 cas, la menstruation resta régulière.

Storer (58) cite deux observations. Dans l'une, l'ovarioto-

mie double n'influença en rien l'état de la menstruation. Dans l'autre, malgré l'ablation des ovaires et même de l'utérus, les règles persistèrent.

Ormières (57) a rassemblé dans sa Thèse 48 observations d'ovariotomies doubles dans lesquelles il est explicitement indiqué que la menstruation ne revint pas après la double opération sur les ovaires. Mais, d'autre part, il a réuni 45 cas qui ont été suivis de la réapparition des règles. Sept fois seulement, il est dit que l'écoulement menstruel n'a été que temporaire. Ormières n'a pu recueillir que 13 observations relatives à l'état des règles après l'hystérectomie. Dans aucune de ces observations, l'ablation de l'utérus n'entraîna l'aménorrhée. Sur ces 13 observations, il y en a six où l'hystérectomie a été accompagnée de l'ablation des ovaires : les règles ont persisté !

Terrier (64) a très bien étudié l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation.

Dans l'observation V, il constate le retour tardif mais régulier des menstrues pendant 2 ans, malgré l'ablation certaine des 2 ovaires. L'observation LXXIV relative à une dame Dubois opérée le 22 janvier 1884 et réglée en juin, en septembre et en octobre de la même année est instructive, car à partir de cette dernière date la menstruation revint à date fixe. Terrier, après avoir pesé tous les faits, croit qu'il y a des femmes privées de leurs ovaires qui continuent à avoir leurs règles, phénomène qu'on peut expliquer par une sorte d'habitude physiologique contractée par les organes génitaux (!)

Tillaux (64), dans une ovariotomie double, est sûr d'avoir enlevé les deux ovaires. Cependant l'opérée a eu ses règles longtemps après l'intervention et la menstruation a été régulière pendant une année.

Quelles sont les causes de la persistance de la menstruation?

La persistance des règles tient-elle à une ablation incomplète des ovaires? C'est une hypothèse qui ne peut suffire à expliquer les cas si nombreux qui ont été rapportés. Tillaux, Terrier, Terrillon et Monod, pour ne citer que des opérateurs français, déclarent qu'ils ont la certitude d'avoir enlevé complètement les deux ovaires. Des chirurgiens étrangers déposent dans le même sens.

On a objecté que l'opérateur ne pouvait jamais être sûr de ne point laisser du tissu ovarien dans le ventre, car l'ovaire dépasse parfois ses limites habituelles et s'infiltre, pour ainsi dire, entre les feuillets du ligament large. Cette portion invisible de la glande suffit à provoquer le branle physiologique. Cette explication est plausible et peut donner la clé de quelques échecs.

On a invoqué une autre cause pour rendre compte du même phénomène. Sur un total de 500 autopsies, Beigel (100) a rencontré 3 ovaires chez 23 femmes. La continuation des règles serait due à l'existence du troisième ovaire que l'opérateur aurait malencontreusement abandonné dans la cavité abdominale. Mais, comme Porak l'écrivait, la menstruation existe trop fréquemment après la castration, et surtout après les ovariotomies doubles, pour que cette explication soit valable pour tous les cas.

Enfin certains opérateurs ont dit, avec Tait, que la menstruation persistait, parce que les trompes n'avaient pas été sacrifiées. L'expérience a démontré le mal fondé de cette hypothèse chère au chirurgien de Birmingham.

Ormières (57) est tenté d'admettre que la menstruation est le résultat d'une congestion d'ordre réflexe. Non seulement l'ovaire, mais encore l'utérus et la partie supérieure du vagin peuvent être le point de départ de ce réflexe. Après l'ablation

des ovaires, la partie supérieure du vagin et l'utérus sont doués de la propriété physiologique de provoquer une hémorrhagie menstruelle.

Cette explication vaut bien celle que propose Terrier (64), qui admet la persistance de la menstruation par une sorte d'habitude physiologique des organes génitaux. Simpson (351) a essayé d'interpréter la production des époques menstruelles, sans l'intervention de l'ovaire. Le molimen aurait lieu par suite de l'excitation des filets nerveux et des ganglions du plexus hypogastrique et de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, on peut dire après Terrillon (70) : « Il existe des cas bien observés dans lesquels la menstruation a paru subsister indépendamment de la fonction ovarienne. Quelle que soit l'interprétation, les observations n'en sont pas moins réelles et il est difficile de les nier... »

La persistance des règles est-elle due à la présence d'un troisième ovaire méconnu, ou à un vestige de tissu ovarien dans le ligament large? Peut-on la rapporter à un morceau d'ovaire ou de trompe laissé dans le ventre, malgré toute l'attention de l'opérateur?

L'explication importe peu. Ce qu'il y a de certain, c'est l'impossibilité d'achever une opération avec la certitude d'avoir enlevé tout ce qui peut déterminer l'excitation menstruelle physiologique, en supposant que celle-ci parte exclusivement de l'ovaire et de la trompe. Comme l'opération ne touche pas à l'utérus ni à la partie supérieure du vagin, comme les nerfs qui aboutissent aux trompes et aux ovaires subsistent en partie, on comprend encore que le branle physiologique puisse se produire, même après l'ablation des annexes.

Au point de vue pratique, on peut conclure, en dehors de toute idée théorique, que la ménopause n'est pas obtenue à coup sûr.

« C'est donc cet aléa, comme l'a écrit Porak, qu'il est bon d'indiquer et qui retire en partie la confiance qu'on peut avoir dans l'ablation des ovaires. »

Si donc la castration détermine ordinairement la suppression prématurée de la menstruation, la ménopause n'est pas la conséquence nécessaire, obligée de l'ablation des ovaires et des trompes.

Avant de faire l'opération, le chirurgien doit savoir et prévenir sa malade que le bénéfice qu'il poursuit est aléatoire. La ménopause n'est pas assurée.

CHAPITRE IX

La Castration est-elle une opération grave?

Nous touchons ici à une des questions les plus sérieuses que soulève la castration? Pour pouvoir l'apprécier, force est de s'en rapporter aux statistiques qui ont été publiées. Howard (81), président de la Société de gynécologie américaine, insistait avec juste raison sur l'importance de publier les cas heureux et les cas malheureux de castration. Magnin (227) dit qu'il existe certainement de nombreuses opérations suivies de mort qui n'ont pas été publiées, et Porak (100) accuse Magnin de n'avoir pas su établir une statistique sérieuse sur la gravité de l'oophorectomie. Comme l'ont écrit Bigelow (453), Porak (100) et bien d'autres chirurgiens, si l'on s'empresse de publier les castrations qui ont réussi, on est moins pressé de faire connaître les opérations qui se sont terminées d'une façon tragique.

On ne voit que de bonnes statistiques, car seuls les opérateurs heureux donnent leurs résultats. Le chirurgien même très honnête ne croit pas nécessaire de publier les cas qui ont eu une terminaison funeste. Il en est de même pour toutes les opérations. La vanité aidant, les insuccès sont soigneusement cachés. On ne peut accorder qu'une valeur relative à la mortalité, telle qu'elle apparaît d'après l'ensemble des documents publiés.

Dans la statistique déjà ancienne de Budin (170), cet auteur a rassemblé 32 opérations pratiquées par Battey, Marion, Sims, Trenholme, Hegar, Gaillard, Thomas, etc. Il y a eu 6 morts, soit 18 p. 100 de mortalité.

Chiara (183) affirme que la mortalité maximum est de 10 p. 100.

Goodell (162), dans la statistique d'une année, a une mortalité de 11 p. 100.

Viedow (100) donne un pourcentage de 19 p. 100. Spiegelberg (100) reconnaît un décès par 4 opérations. Battey admettait, au congrès de Londres, une mortalité de 22 p. 100. Freund a fait 6 castrations avec un décès. Menzel (100) a exécuté 11 fois l'opération et a eu 2 morts ; enfin Lawson Tait (356) a fait l'ablation des annexes 413 fois. La mortalité de ses opérations est inférieure à 3 p. 100.

Comme nous l'avons déjà dit, il est impossible d'accepter sans réserve la façon de dresser certaines statistiques. Rassembler les faits de quelques chirurgiens heureux et en tirer un pourcentage de mortalité, c'est un leurre.

Une statistique bâtie dans ces conditions est absolument faussée. Est-il possible d'englober sous le même chef et dans la même statistique des opérations pratiquées dans des conditions absolument différentes?

Parfois les organes contenus dans le petit bassin sont sains ou à peu près, et il est facile de trouver les ovaires. Dans d'autres cas, les ovaires sont perdus dans des masses qui les rendent inaccessibles à la vue et même à l'exploration manuelle. Comment dresser une statistique générale comprenant tous ces faits?

Dans les cas favorables, alors qu'il s'agit d'ovaires sains et d'organes sains, Porak (100) pense qu'on peut abaisser la mortalité à 10 p. 100 et même au-dessous. « Néanmoins, dit-il, cela sera toujours une opération grave. On ne devra jamais l'oublier lorsqu'on sera sollicité à la pratiquer.

Et plus loin, cet auteur apprécie ainsi la castration : « Opé-

ration grave, succès douteux. » Polaillon (100) ajoute : « Il n'est pas douteux, quel que soit le secours apporté par la méthode antiseptique qu'il s'agit d'une opération grave. » Just Championnière (358) avance que la castration est plus grave que l'ovariotomie et il n'est pas le seul à penser ainsi. Ne vaut-il pas mieux s'en rapporter à ces appréciations qu'aux statistiques données par L. Tait?

Sérieuse au point de vue de la mortalité, la castration a d'autres inconvénients. Il faut en effet signaler les complications qui surgissent au cours de l'opération.

Hunter (161) rapporte l'accident arrivé à une de ses malades qui eut, pendant l'opération, une poussée d'œdème pulmonaire dont la terminaison faillit être funeste.

La blessure de la vessie est mentionnée dans plusieurs cas. J. Bœckel (3) et James Murphy (93) en citent chacun un exemple.

Sans vouloir nous arrêter à ces faits qui prouvent cependant que des opérateurs de talent ont pu se trouver en face de complications graves et inattendues, au cours même de l'opération, nous devons rapporter les complications survenues quelques jours après l'opération.

On a noté des hémorrhagies graves dans le petit bassin, hémorrhagies assez souvent suivies de mort. L'occlusion intestinale après la castration est signalée aussi (Tissier, p. 145, et Estrada, CXXVI).

Parfois c'est l'intestin qui sort du ventre par rupture de la cicatrice comme dans l'observation de Segond (Estrada) (22), de Widmer (185).

Segond (Estrada, CXVII)(24) a constaté de la dyspepsie, une tendance syncopale, dans la nuit qui suivit une castration.

D'autres auteurs (31) ont rapporté des accidents cardiaques et respiratoires dans les mêmes conditions.

Goodell (257) a attiré l'attention sur les parotidites consécutives.

Enfin plusieurs chirurgiens, comme Terrier (232), Chadwick

(124), Gill Wylie, Martin (p. 631) ont signalé les éventrations qui sont dues à la laparotomie.

Dans un cas de Chadwick (319), l'opérée, quoique entièrement remise des suites de la laparotomie, « était privée de tout confort de l'existence et vivait sous la menace continuelle d'étranglement ». Et cet auteur ajoute que la fréquence de la hernie ventrale après la laparotomie est plus grande qu'on ne croit.

Tissier, A. Martin (p. 631) relèvent les exemples d'inflammation péritonéale de gravité variable.

Enfin, fait qu'il sera bon de rappeler quand nous parlerons du traitement des affections mentales par la castration, l'ablation des ovaires produit des désordres mentaux (133). Gaillard Thomas a vu 3 fois des troubles de la raison après la castration. Spencer Wells a constaté des faits du même genre et L. Tait professe que les opérations sur l'abdomen exaspèrent les troubles mentaux. J. Thomas et d'autres auteurs ont publié des cas de folie et de manie subite qui se sont produites après la castration. Emmet (110) cite deux exemples de mélancolie persistante.

Terrier (237) a raconté l'histoire d'une femme qui n'a jamais eu d'accidents nerveux et qui présenta après la castration une série de crises hystériques subintrantes et très sérieuses.

Werth (252) a entrepris une intéressante étude sur les psychoses survenues à la suite des opérations sur les organes génitaux de la femme. Il a trouvé ces psychoses 6 fois sur 128 opérations.

Cet auteur a remarqué que des troubles psychiques s'étaient développés 2 fois sur 36 castrations doubles. Quelle est l'explication de ces faits ? Landau pense que les accidents du côté du cerveau sont dus au retentissement qu'exerce sur les centres nerveux la suppression des fonctions génitales. Saenger et Martin estiment que l'affection mentale existe déjà à l'état latent avant l'opération et que la castration joue simplement

le rôle d'un excitant qui détermine l'éclosion des phénomènes morbides.

Si rares que puissent être toutes ces complications, il était utile de les signaler pour mettre en relief les inconvénients d'une opération dont la bénignité et la simplicité ont été exagérées.

CHAPITRE X

Les échecs que nous avons signalés, en étudiant les résultats de la castration double sur la menstruation, font comprendre d'avance les insuccès que les opérateurs ont récoltés en essayant d'arrêter les métrorrhagies par l'ablation des deux ovaires.

Et d'abord n'est-il pas véritablement anti-chirurgical de se livrer à une telle opération, avant d'avoir posé le diagnostic de la cause de l'hémorrhagie ? (210) A quoi s'expose-t-on en effet ? A enlever parfois les ovaires d'une femme atteinte d'endométrite, comme dans le cas de Martin, p. 636. Une telle opération est évidemment un abus criant, mais la démonstration la plus absolue de l'excès opératoire est que, dans ce cas, l'opération de Battey n'enraya même pas les hémorrhagies et qu'on dut recourir, dit-on, à l'hystérectomie vaginale.

Parfois on court au-devant d'un échec opératoire. Goodell ne peut même pas enlever les deux ovaires et les métrorrhagies persistèrent.

Muller (Tissier, p. 83) fit une castration dans un cas d'hémorrhagie. Le résultat fut négatif. « Plus tard l'ergot de seigle put enrayer l'hémorrhagie qu'il eût été sans doute plus sage de combattre ainsi dès le début. »

Voilà à quels abus entraîne le penchant qu'ont les chirurgiens à opérer, sans avoir épuisé tous les moyens de diagnostic et de traitement, sans avoir recherché le diagnostic étiologique. N'est-il pas absolument lamentable de perdre une opérée, du fait de la castration, alors qu'il s'agissait de lutter contre des hémorrhagies curables par des moyens plus simples et plus sûrs ?

Chaque fois que l'on fera une opération, sans avoir suffisamment approfondi le cas particulier, et recherché la cause de l'affection, on s'exposera à des mécomptes et à des erreurs irréparables. Aussi comprend-on les critiques adressées par Walton à quelques chirurgiens français (*Du Drainage de la cavité utérine*, par Walton, p. 7). Ceux d'entre eux qui « châtrent les femmes pour les métrorrhagies, non seulement pour les métrorrhagies tenant à l'existence des fibromes utérins, mais même pour des métrorrhagies graves sans fibrome, de cause inconnue ».

Enlever les ovaires pour combattre un symptôme — douleur ou hémorrhagie — c'est faire de la chirurgie des symptômes, c'est-à-dire une chirurgie sans présent et sans avenir. Chaque fois que l'opérateur est réduit à prendre un bistouri pour combattre non pas une affection déterminée et bien connue, mais pour faire disparaître un symptôme d'origine incertaine, il peut faire par hasard œuvre utile, mais il s'expose à des méprises et à des erreurs déplorables. Castrer pour une métrorrhagie de cause inconnue, c'est se déclarer impuissant à faire un diagnostic. Cette constatation est triste. Mais on peut se demander, dans la plupart des cas, si l'hémorrhagie était assez inquiétante pour nécessiter une opération d'urgence. Le chirurgien a-t-il employé tous les moyens qui lui permettaient de faire un diagnostic. A-t-il dilaté l'utérus? L'a-t-il exploré? A-t-il essayé avec patience et intelligence les médicaments usités en pareille matière? L'électricité et au besoin le curage ont-ils été mis en œuvre?

Il est certain que les erreurs ou les incertitudes du dia-

gnostic ont entraîné des fautes dans la détermination opératoire. N'est-ce pas, en effet, une faute grave que d'enlever des ovaires pour combattre une endométrite qui est, en fin de compte, une maladie dont le diagnostic peut être tenté avec succès et dont la guérison est relativement facile.

CHAPITRE XI

On devine aisément les abus qui peuvent découler de l'application de la castration aux troubles dysménorrhéiques. Les insuccès de l'opération (131-140) ont été signalés à maintes reprises. Ainsi Mundé fait l'opération de Battey pour dysménorrhée et névralgie pelvienne. Malgré le succès opératoire, la malade se suicidait trois mois après. Dans trois cas, Croom (153) a enlevé les annexes pour faire disparaître une simple dysménorrhée. Une fois la malade éprouva une certaine amélioration pendant ses règles, mais celles-ci étaient toujours douloureuses.

La mort a suivi, bien entendu, quelques-unes des castrations pour dysménorrhée, et il suffit de citer le fait de Lusk (Vallin, *Prolapsus de l'ovaire,* p. 139).

Au reste des réserves ont été faites sur la nécessité de cette opération. Bigelow (453) dit que l'opération est discutable, car on n'est pas sûr de l'arrêt des règles, et si la menstruation n'est pas supprimée, les douleurs peuvent persister.

Comme on l'a écrit (111), les cas de ce genre ne sont pas aussi brillants qu'on l'espérait. On n'a pas trop à attendre de la castration. Emmet pense (81) qu'on ne devrait jamais la pratiquer dans les cas de dysménorrhée.

Lusk (*The am. Journ. of obst.*, 1880, p. 599) enleva les ovaires d'une femme de 39 ans atteinte de dysménorrhée. La mort fut la conséquence de l'opération. « Avant de faire cette castration, dit-il, il n'a pas eu une minute d'hésitation. Depuis il est arrivé à conclure que l'opération met la vie de la malade en grand danger, sans qu'on ait la certitude de venir à bout de ses souffrances. » Peut-être eût-il été plus sage de faire ces réflexions avant d'avoir pratiqué la castration.

L'insouciance de certains chirurgiens dépasse toute mesure. Il suffit de transcrire sans commentaires le fait suivant auquel nous avons déjà fait allusion.

« M. le Dr Barrette nous a communiqué un fait bien singulier qu'il tenait du Dr Cézilly et que ce dernier a bien voulu nous confirmer. M. Cézilly avait à Chantilly, parmi ses clientes, une jeune dame d'excellente santé qui n'avait jamais eu recours aux bons offices de son médecin que pour des indispositions futiles. Cette dame, Anglaise, dut retourner passer quelques mois à Londres. Quand elle revint, elle raconta au Dr Cézilly qu'elle avait dû consulter, étant un jour mal à l'aise, et que le médecin appelé, en s'enquérant de la santé antérieure, avait appris que les époques menstruelles étaient ordinairement marquées de quelque malaise, sur quoi il conseilla l'ablation des ovaires qu'il ne pratiqua pas sur l'heure, mais à peu de jours de là.

« L'opérée s'est d'ailleurs rapidement et parfaitement rétablie et ne paraît manifester qu'une certaine surprise. Peut-être même s'y joint-il comme une satisfaction secrète d'avoir couru le danger d'une grave opération et d'y avoir échappé. Peut-être plus, s'imagine-t-elle avoir évité par bonheur des maux qui ne pouvaient manquer de survenir et qu'a su si résolument prévenir son opérateur de fortune. Malgré notre désir, il ne nous a pas été possible de savoir l'âge de l'opérée, sa situation, si elle est mariée et si elle a des enfants. Mais tel qu'il est, le fait nous a paru surprenant et M. Cézilly, en nous écrivant, ne paraît pas encore revenu de l'émotion qu'il

en a ressentie. C'est qu'en effet, s'il faut avant de mutiler d'un membre un individu, surtout un mineur, l'éclairer pleinement sur les suites éloignées de l'opération et n'agir que grandement autorisé, quand il s'agira de la castration, que sera-ce? »
(Tissier, p. 115.)

CHAPITRE XII

L'hystérie.

Bouchut écrivait non sans raison : « Le chirurgien ne connaît généralement pas plus la médecine que le médecin n'entend les choses de la chirurgie. »

Si les chirurgiens avaient eu plus de loisirs pour étudier la question de l'hystérie, ils ne se seraient pas livrés, comme ils l'ont fait, à une série de tentatives condamnées à l'avortement, parce qu'elles sont basées sur des idées théoriques fausses. Nous sommes menacés de faire un retour en arrière, si nous nous laissons aller au courant qui emporte quelques opérateurs.

Il faut lire le magnifique traité de Briquet pour se convaincre de la fausseté des assertions hippocratico-galéniques.

En étudiant cette monographie, on voit éclater l'inanité de l'opinion qui rapporte aux organes génitaux de la femme le siège et la cause de l'hystérie.

Depuis l'époque où il existe une véritable observation en médecine, c'est-à-dire depuis Sydenham, il y a eu, à part Hoffmann, presque unanimité d'opinion pour regarder l'hystérie comme une maladie du système nerveux. Mais à partir d'Astruc (1761), il s'établit une sorte d'anarchie.

Pour Astruc (359), le foyer du mal, dans la passion hystérique, c'est la matrice. Cullen (364) écrit : « Il me paraît évident en premier lieu que ses paroxysmes (hystéricisme) commencent par une affection spasmodique et convulsive du canal alimentaire. » Négrier (372), faisant jouer à l'ovaire le rôle jusque-là réservé à l'utérus, admet que c'est l'irritation ovarique qui détermine les phénomènes d'hystérie.

La doctrine antique voulait que la cause conjointe (Briquet, p. 150) de l'hystérie ne portât que sur les forces de la vie et point sur la matérialité des tissus ; mais c'est surtout de Pujol et de la doctrine de Broussais que datent les efforts pour matérialiser l'hystérie.

L'observation clinique et les constatations microscopiques ont vidé la question, de l'avis de tous les neuro-pathologistes.

A l'heure actuelle, on ne peut donc pas admettre que la cause de l'hystérie réside dans les ovaires, les trompes ou l'utérus, que ces organes soient sains ou malades. Rattacher l'hystérie à l'ovaire, ce n'est en réalité (368) qu'une nouvelle édition de la théorie hippocratique, une application à cette théorie des connaissances modernes, ce qui ne modifie que très superficiellement l'ancienne doctrine.

Comme Brodie l'écrivait déjà dans ses admirables leçons (384) : Ce n'est pas de l'utérus, mais du système nerveux qu'il s'agit. Tous les travaux de l'école moderne établissent définitivement (338) que la conception d'Hippocrate est fausse.

Entre autres faits démonstratifs, ne sait-on pas que l'hystérie existe chez l'homme.

C'est ce qui faisait dire à Gallard (402) que l'hystérie et les altérations ovariennes constituent deux états pathologiques absolument indépendants l'un de l'autre et qu'il n'y avait entre eux aucune corrélation de cause à effet.

Affection essentiellement protéiforme, l'hystérie ne peut dépendre ni d'une lésion du côté des organes génitaux ni

d'une altération de l'estomac ni d'une affection laryngée (378).

Roussel avait dit qu'il eût été à désirer (401) que les médecins se fussent arrêtés un peu plus qu'ils ne l'ont fait sur la constitution particulière à la femme, et que ses fonctions génitales n'eussent pas autant absorbé leur attention.

Depuis que la gynécologie a pris un grand essor, un certain nombre d'observateurs sont retombés dans la même erreur. C'est parce qu'ils ont l'esprit constamment fixé du côté des organes génitaux que certains gynécologues ont attribué aux organes génitaux des symptômes qui étaient dus soit à l'altération d'autres tissus, soit au système nerveux.

Parmi les causes qui ont puissamment contribué à répandre la croyance que l'ovaire était le siège de l'hystérie, il faut signaler la fréquence de l'ovaralgie, dans le cours de cette affection nerveuse.

Il ne peut être question de faire ici l'histoire de l'ovaralgie (330, 402, 488). Quand on presse sur l'ovaire et qu'il se produit des sensations pénibles, s'agit-il d'une douleur siégeant dans les muscles ? Charcot (489) a écrit qu'il croyait que c'était à l'ovaire seul qu'il fallait rapporter la douleur iliaque fixe des hystériques. Il a insisté sur la valeur de la compression de cet organe pour arrêter les attaques d'hystérie. On en a pris texte pour attribuer à ce savant maître des opinions qu'il n'a pas et qu'il n'a jamais eues sur le rôle des ovaires dans l'hystérie (459).

Dumontpallier (100) admet que très souvent il s'agit d'une hyperesthésie cutanée et les travaux récents ont démontré qu'il existait une zone hystérogène, au niveau de la peau, sur la région qui correspondait à l'ovaire.

Mais qu'il s'agisse d'une sensibilité cutanée, musculaire, ovarique ou utérine, le fait de déterminer de la douleur ou même la douleur spontanée au-dessus de l'arcade de Fallope ne signifient rien, au point de vue de la localisation de l'hystérie à l'ovaire.

L'arrêt des attaques d'hystérie par la compression des

ovaires n'est pas plus significatif. En serrant le larynx entre les doigts, ne jugule-t-on pas un certain nombre de crises hystériques? Personne n'a songé jusqu'ici à s'appuyer sur cette observation clinique pour prouver que le siège de l'hystérie était le larynx.

Gallard (402), dans ses remarquables leçons sur les maladies des ovaires, a combattu la localisation de l'hystérie dans les ovaires. L'ovaralgie, disait-il, se combine assez souvent avec les troubles hystériques, mais il n'est pas permis de faire de l'hystérie une des formes ou une des manifestations de l'ovaralgie.

Si nous avons insisté sur l'ovarie, c'est que son existence a permis à certains esprits superficiels de conclure qu'on pouvait enlever l'ovaire, puisqu'il était le siège des douleurs et que la pression exercée sur lui déterminait la cessation des attaques.

Mais (338) la conséquence toute naturelle de la doctrine utéro-ovarienne, écrivait Gresnier, est que l'hystérie doit disparaître avec la suppression de l'organe malade : « *sublatâ causâ, tollitur effectus.* » C'est ce qui a conduit les partisans de cette doctrine à songer à l'oophorectomie, c'est-à-dire à la castration chez la femme.

L'erreur a été de s'en prendre à un organe qui n'était nullement la cause des accidents. Aussi Gresnier, après avoir attaqué la pratique de la castration ajoute avec quelque ironie : « On n'a pas rendu à la théorie de Cullen les mêmes honneurs qu'à la théorie hippocratique, cependant il paraît tout aussi juste de regarder l'hystérie comme le résultat d'une maladie de l'estomac que comme celui d'une affection de la matrice. »

Le grand malheur dans cette question de la castration appliquée aux affections nerveuses, c'est qu'elle a été traitée par des chirurgiens habiles, mais peu au courant des maladies du système nerveux. La spécialisation, excellente à certains points de vue, peut être la cause de graves erreurs, quand

celui qui se livre exclusivement à une branche de l'art de guérir ignore ce qui existe en dehors de ses études favorites. Aussi Engelmann insiste-t-il sur la nécessité des connaissances générales en médecine (374) pour faire un bon spécialiste. Les chirurgiens, quand ils ont voulu traiter l'hystérie, ont été vite amenés à employer des moyens radicaux. Une connaissance plus approfondie de la maladie les aurait arrêtés dans une voie dangereuse et fausse qui a conduit à des abus à peine croyables.

On s'est laissé guider par une indication essentiellement abusive, la douleur. Mais toute l'histoire de l'hystérie proteste contre cette tendance à attacher une importance considérable à la douleur chez l'hystérique. *Nimium ne crede dolori,* pourrait-on répéter aux chirurgiens car, comme le disait Sydenham, il y a dans la femme hystérique une disposition générale à la souffrance (324). Vouloir faire disparaître la douleur en enlevant le siège des sensations douloureuses, c'est poursuivre une chimère.

Brodie, qu'il faut toujours citer (384), raconte l'histoire de plusieurs amputations qui furent inutilement tentées. Dans un cas, un chirurgien fit successivement deux amputations de cuisse, réséqua les nerfs sciatiques et n'empêcha pas néanmoins la réapparition de la douleur. D'autres faits du même genre pourraient être facilement cités.

Une étude incomplète de l'hystérie peut seule expliquer des opérations invraisemblables pratiquées sur des nerveuses. Nous avons vu, dans un service, une femme à qui un jeune chirurgien avait ouvert le ventre, croyant y trouver quelque chose d'anormal. L'abdomen dut être refermé après constatation de l'intégrité de tous les organes pelviens. Cette nerveuse est toujours couchée dans le même lit avec des accidents divers, mais de même nature. Un de nos maîtres dans le service duquel elle était, avait refusé de l'opérer, et pour cause. Dans les observations XII et XV de la Thèse de Bentéjac, la laparotomie fut pratiquée fort inutilement sur des hysté-

riques : on dut se borner à suturer l'incision abdominale.

Attaquer la douleur d'origine hystérique dans un point quelconque, c'est attaquer une manifestation d'une maladie qui ne demande qu'à avoir une localisation différente. Ces faits sont absolument connus des médecins. Comme l'avait déjà écrit Brodie, il n'y a pas lieu de faire des opérations sanglantes pour des symptômes qui disparaissent souvent d'une manière subite, sous l'influence d'un traitement insignifiant ou d'une émotion qui agit fortement sur le système nerveux.

Dans une discussion à la Société de chirurgie, on a dit : Lorsqu'une malade, atteinte d'hystérie, souffre d'un mal de dents et que ses accidents ne se manifestent ouvertement qu'au moment de l'odontalgie, personne n'hésitera à détruire le foyer d'irritation qui est, sans contredit, le point de départ des accidents.

Ceux qui s'occupent d'hystérie savent que l'odontalgie ne doit pas être traitée par l'avulsion d'une dent saine.

Les opérations sanglantes sont inutiles. La douleur d'origine hystérique guérit de mille manières. L'ouvrage de Bouchut (366) est rempli de guérisons pseudo-miraculeuses obtenues par les moyens les plus simples et la littérature médicale fourmille de faits semblables. Sans parler de la suggestion, ne voit-on pas la flagellation (601) guérir une hystérique. Dans un autre cas (600), c'est une nerveuse atteinte d'agitation maniaque et qui s'arrache la langue. Cette mutilation amène immédiatement la guérison de l'état mental. Il faut citer aussi le fait rapporté par Brodie (384). Une jeune fille, ayant souffert pendant longtemps d'une affection hystérique grave, se fait enlever une molaire. Cette avulsion amène la disparition de tous les symptômes nerveux.

Il faudrait un volume pour énumérer toutes les guérisons de ce genre.

On ne peut admettre qu'il soit loisible d'enlever un organe atteint de névralgie. Il y a autant de motifs de tenter l'ablation de l'estomac, pour une névralgie de cet organe, que de pratiquer

la castration chez une nerveuse dont les ovaires sont normaux.

Au reste, si on enlève l'ovaire douloureux, on ne voit pas pourquoi on n'enlèverait pas le testicule douloureux des hystériques mâles. Or, ceux-là même qui sont partisans de l'opération de Battey pour l'hystérie repoussent la castration dans le cas de névralgie testiculaire. Terrillon et Monod (245), se conformant à l'opinion générale, écrivent: « Pour ce qui est de la castration, c'est un moyen radical qu'on peut appliquer quand le testicule est atrophié ou malade. Doit-on suivre l'exemple de Cooper qui a enlevé les testicules sur la demande du malade? Nous ne le pensons pas. »

Un chirurgien se met-il à la poursuite des douleurs chez les hystériques, il risque de faire inutilement des séries d'opérations. Ici (192), c'est la douleur au niveau du coccyx qui survient chez une hystérique après la castration, et le chirurgien a de nouveau recours à une intervention sanglante pour combattre ce symptôme. La douleur ne disparaît que l'année suivante après une saison d'hydrothérapie.

Ailleurs, c'est une femme, qui subit des opérations successives sur le col, et est soumise à des traitements variés; elle est enfin castrée sans grand succès. Dans le fait de Velponer (511), une femme affligée d'hystéro-épilepsie menstruelle subit pendant quinze ans tout ce qu'il était possible d'imaginer en fait de traitement interne et externe (cathétérisme, dilatation, scarification, douches) et se fit arracher quatorze dents. La castration, est-il dit, l'a guérie. Mais combien de temps après a-t-on vu la malade? Cette femme était et a dû rester une hystérique. Pour notre part, nous avons observé deux femmes qui avaient été châtrées. Elles sont restées des hystériques, comme par le passé, et se plaignent toujours de douleurs dans l'abdomen.

Il faut lire la description qu'a faite Huchard de l'hystérique pour bien se pénétrer de l'état d'esprit des nerveuses. Legrand du Saulle en a tracé aussi un saisissant tableau.

(375) « ... Elles veulent à tout prix attirer l'attention sur

elles; il leur faut la pose en scène, des poses théâtrales, elles ont besoin de dramatiser leur vie à chaque minute... » Et plus loin « l'hystérique est avant tout et par-dessus tout une excentrique... Plus on remarque ses singularités et plus elle se sent entraînée à accomplir les étrangetés nouvelles. Pour elle, l'attention publique est une prime d'encouragement. »

« ... Je répète une fois pour toutes que ces malades, par leurs audaces malsaines, conduisent les médecins à de lourdes fautes de diagnostic... Elles simuleront des maladies, la grossesse, des blessures reçues, des tentatives de viol exercées sur elles par des inconnus; elles iront jusqu'à se faire des mutilations réelles... Il se pourra qu'on rencontre certaines hystériques sincères dans leur tromperie, victimes alors de leur propre imagination qui s'exalte et les abuse elles-mêmes par une sorte de mirage». Legrand du Saulle cite l'histoire d'une hystérique qui se carbonisa un bras. D'autres se font des plaies, quelques-unes accomplissent des tentatives de suicide et parfois même ne craignent pas de se donner la mort.

Le désir de faire parler d'elles les imprègne à un si haut degré qu'elles sont capables de réclamer l'opération la plus grave pour le plaisir de la subir ou pour qu'on parle d'elles.

Il y a quelques années, une malade des hôpitaux avait des ulcérations qui résistaient à tous les traitements. Une sorte de phagédénisme avait envahi les plaies situées sur ses jambes et un chirurgien des plus distingués et des plus prudents, ne pouvant s'en rendre maître, résolut l'amputation qui fut exécutée. Mais la réunion de la plaie opératoire ne se faisait pas : la même ulcération existait sur le moignon. La malade réclamait une deuxième amputation. Une surveillance habile permit de découvrir la fraude. Cette malheureuse femme défaisait son pansement et appliquait pendant la nuit, sur son moignon, une préparation quelconque qui, vérification faite, était la cause de ses ulcérations.

Toutes ces raisons ont imposé à ceux qui connaissent les hystériques la plus sage réserve.

Guinon, un des meilleurs élèves de la Salpêtrière, étudiant l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie, écrivait (350) : En thèse générale, on peut dire que le chirurgien n'a jamais à intervenir chez les hystériques. Le fait même d'être une lésion *sine materia* qui caractérise les manifestations de cet ordre, implique un pronostic bénin en un certain sens, bénin toujours *quoad vitam*, bénin en ce sens que l'accident est constamment susceptible de guérison.

Guinon rapporte le fait suivant qui mérite d'être médité sérieusement. Un appareil de fracture avait déterminé chez un hystérique des ulcérations inguérissables dans la paume de la main. Le bras atrophié et paralysé était pour ce malade un véritable parasite dont on lui eût rendu service en le débarrassant. Il réclama à grands cris l'amputation. M. Debove porta le cas devant le tribunal de la Société médicale des hôpitaux et demanda l'avis de ses collègues. On s'accorda pour reconnaître qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir. Et Guinon conclut :

D'une façon générale, on peut donc dire que chez les hystériques, le chirurgien n'aura guère à intervenir que pour débarrasser le malade des reliquats d'une manifestation éteinte déjà, mais ayant laissé quelque chose derrière elle. A la manifestation elle-même, il ne devra jamais toucher, ni pour la pallier, ni pour la supprimer, soit en s'attaquant à elle-même, soit en faisant disparaître la partie atteinte d'hystérie locale, quelle que soit la durée ou la gravité de celle-ci.

Telles sont les règles qui sont posées et qui sont admises par les neuro-pathologistes.

Dès lors comment expliquer l'intervention chirurgicale dans l'hystérie ? Comment pouvait-on légitimer une opération portant sur des organes qui étaient simplement le siège de phénomènes douloureux.

On a décrété qu'à côté de l'hystérie proprement dite, il existait une hystérie d'origine génitale.

Hystérie d'origine génitale.

Par une sorte de compromis avec les neuro-pathologistes, certains gynécologues ont concédé que l'hystérie n'avait pas toujours sa cause dans le système génital. Telle est l'opinion de Bennet (365), de Courty (363) et de Barnes (373).

Mais comment reconnaître cette hystérie ? M. Péan, dans une de ses leçons à l'hôpital Saint-Louis, va nous le dire :

... Il y a deux variétés bien nettes d'hystérie, variétés différentes par leur symptomatologie, différentes surtout par leur cause et leur mode de début.

La première, essentiellement nerveuse, reconnaît pour cause une disposition anatomique spéciale ou une perturbation fonctionnelle du système cérébro-spinal. Nous n'avons pas à nous en occuper. Quant à la seconde, elle est sous la dépendance d'une affection de l'appareil génital, de telle sorte qu'il suffit d'en faire à temps disparaître la cause pour en obtenir la guérison. Cette variété n'avait pas échappé aux anciens observateurs... Mais elle est beaucoup moins connue des médecins que la précédente, avec laquelle on la confond d'ailleurs presque toujours. Celle-ci en effet ne regarde que le médecin et ne doit nous occuper qu'au point de vue du diagnostic différentiel, tandis que la seconde est surtout chirurgicale. . . . .

. . . .

Et d'abord, celle-ci (l'hystérie génitale) n'offre généralement rien dans les antécédents de la malade qui puisse vous éclairer : il n'y a pas d'hérédité, tandis que la névrose de l'hystérique cérébro-spinale reconnaît presque toujours pour cause un vice héréditaire que les patientes elles-mêmes s'empressent de confesser et sur la nature duquel on ne peut garder de doute.

De plus, tandis que celle-ci occasionne depuis l'enfance des désordres moins développés sans doute qu'après la première menstruation, mais déjà évidents, et se traduisant par des mouvements chroniques, une irrégularité très grande du caractère, des goûts bizarres, une coquetterie exagérée; chez l'hystérique ovarienne, au contraire, les troubles nerveux apparaissent pour la première fois avec la maladie locale. Il n'y a rien d'extraordinaire dans le premier âge, la menstruation, le mariage, la grossesse, ont souvent été faciles, et c'est après un temps plus ou moins prolongé de cette existence normale que les désordres sont apparus. Je ne saurais trop insister sur ce point. Tout au moins la femme était généralement, l'année précédente, dans un état de santé très satisfaisant, et rien ne faisait présager la moindre tendance à un

état nouveau. Puis à la suite d'une couche, ou sous l'influence de toute autre fatigue générale, des désordres sont apparus de ce côté : douleurs lombaires, vomissements, pesanteur hypogastrique, pertes blanches, dysménorrhée, etc. Souvent la malade raconte elle-même qu'un jour ayant ses règles, elle a commis quelque imprudence, et que c'est depuis ce moment que sa santé est mauvaise. Ou bien nous trouvons, à l'origine du mal, une vaginite blennorrhagique avec douleurs hypogastriques considérables. En un mot, l'affection a nettement débuté par un désordre génital qui, dans le principe, constituait l'unique symptôme de l'affection, s'exagérant au moment des règles, mais ne s'accompagnant jamais de ces tendances à l'érotisme que l'on observe chez les hystériques à forme cérébro-spinale. — C'est alors seulement qu'ont apparu les névralgies. Le plus souvent celles-ci étaient localisées aux ovaires et s'irradiaient dans le ventre et les aines, puis elles retentissaient sur le trijumeau, les nerfs intercostaux et les branches du plexus lombaire. Plus tard, les douleurs s'exacerbaient surtout au moment des règles. Elles avaient leur point de départ et leur maximum d'intensité au niveau de l'ovaire, puis elles s'accompagnaient de syncopes, de pertes de connaissance et bientôt de véritables attaques d'hystérie. — Enfin, tandis que chez les névropathes on observe, à partir d'un certain âge, une tendance à l'état stationnaire ou plutôt une certaine amélioration, le contraire a lieu chez les hystériques ovariens. Les premières restent grasses et florissantes, les secondes maigrissent de jour en jour, s'affaiblissent à vue d'œil et laissent concevoir des inquiétudes sérieuses sur l'avenir, d'autant plus qu aucun traitement ne peut enrayer les accidents, que la malade arrive à la manie du suicide et que la tuberculose est souvent la conséquence éloignée de ces désordres longtemps prolongés. C'est alors que le chirurgien doit se hâter d'intervenir s'il veut empêcher ces accidents de prendre une forme chronique qu'une opération même ne parviendrait plus à guérir, et s'il veut empêcher la patiente de mettre à exécution son projet de mourir.

Ce chapitre de pathologie n'est-il pas quelque peu fantaisiste. Il prouve que certains chirurgiens n'ont qu'une idée fort approximative de l'hystérie et qu'ils feraient bien mieux de confier la cure de cette maladie aux médecins. Ils n'auraient pas la peine de créer un type imaginaire d'hystérie génitale. Tissier, qui admet la « variété ovarienne ou génitale » de l'hystérie, ajoute « la difficulté est l'impossibilité presque absolue de distinguer l'hystérie génitale, tant elle ressemble à l'hystérie essentielle ». La difficulté est, en effet, grande, car il n'existe pas deux variétés d'hystérie.

On lira dans Hegar et Kaltenbach les tentatives qui sont faites pour rattacher des troubles purement psychiques et des névroses à des affections de l'appareil sexuel. La description de ces accidents est vague. On englobe dans un même chapitre des accidents réflexes dus à des déviations utérines avec les phénomènes dépendant d'une inflammation de l'ovaire.

Car ce qu'il y a de bizarre, c'est que ceux qui,comme Péan, admettent l'hystérie génitale, sont tentés de rapporter les accidents non pas à l'ovaire, mais à l'utérus (379, 113, 259, 404).

On lira avec intérêt le mémoire d'Engelmann (374) sur « The hystero-nevrose », qui simulent une affection morbide d'un organe ordinairement sain. Mais là encore il s'agit de troubles réflexes et non pas d'une névrose.

Ce serait se faire de grandes illusions que de croire, par exemple comme G. Hewith, qu'on guérit l'hystérie en redressant un utérus plus ou moins dévié. Il ne s'agit pas plus d'hystérie dans ces cas que d'épilepsie. Comme Goodell l'écrivait (113), on rend l'utérus trop souvent coupable et une simple déviation n'a jamais produit des phénomènes hystériques.

Ce qu'il y a de réel, c'est que les affections de l'utérus, de l'ovaire et de la trompe peuvent donner lieu à des phénomènes réflexes. Il ne s'agit pas d'hystérie.

Ces troubles, directement sous la dépendance du processus inflammatoire ou autre qui se passe dans l'utérus ou les annexes, sont en somme peu connus. Ils ne ressemblent guère aux phénomènes purement hystériques. Parmi les gynécologues qui les ont étudiés plus spécialement, on doit citer Hegar, qui les considère comme des symptômes médullaires. On trouvera dans la *Presse médicale belge* (400) une intéressante étude du professeur Rosenthal sur « les troubles nerveux dans les lésions de l'appareil sexuel des femmes ». On verra que les phénomènes réflexes sont dus à des inflammations des nerfs, des plexus, des ganglions du petit bassin.

Phénomènes réflexes variés.

Quand ces affections de l'utérus, de l'ovaire et des trompes existent chez les hystériques, c'est une coïncidence rare, d'après les auteurs. Car Sinéty n'a jamais rencontré d'ovarite chez les hystériques, et bon nombre d'auteurs (378) affirment que les maladies utérines ne provoquent l'hystérie que fort rarement.

Bernutz, Briquet, Legrand du Saulle, Ferrand (330), Gallard (402), Graily Hewith (259), Emmet (110), pour ne citer que ceux qui nous viennent sous la plume, admettent que les affections de l'appareil sexuel n'agissent, dans ce cas, qu'en déprimant l'organisme, en rendant le système nerveux plus accessible aux impressions et plus facile à en éprouver des perturbations.

Que l'ovaire, l'utérus ou tout organe soient le siège d'altérations prolongées, l'économie en ressent le contre-coup. La nutrition défectueuse des centres nerveux influe sur ceux-ci, d'où prédisposition aux phénomènes nerveux.

On peut même ajouter que les lésions qui atteignent les nerfs et les ganglions du petit bassin par propagation inflammatoire ou irritation venant de l'utérus ou des annexes sont de plus une nouvelle cause d'excitation chez les nerveuses.

Même dans ces cas, enlever les organes malades, ce n'est pas la guérison assurée, car on ne modifie pas pour cela le système cérébro-spinal. On enlève simplement une des causes qui provoquent l'apparition des troubles nerveux. La malade reste hystérique, comme par le passé.

Mais les opérations dirigées sur les hystériques ayant des ovaires bien et dûment altérés sont exceptionnelles. On s'attaque aux annexes, sans savoir ce qu'elles ont, sans avoir trouvé au préalable une altération quelconque. Du reste, dans le plus grand nombre des cas, les trompes et les ovaires enlevés étaient normaux.

Il s'en faut que l'ablation des ovaires guérisse les accidents nerveux. Parfois la castration provoque au contraire des phénomènes nerveux. C'est ainsi que Terrier (231) vit apparaître, chez une femme à qui il avait enlevé un ovaire, une série de crises hystériques subintrantes très sérieuses. Or cette femme n'avait jamais eu d'attaque.

Dans un cas, on a enlevé (108) les annexes pour une affection tubo-ovarique. Deux mois après, il y eut attaque d'hystérie.

Hystéro-épilepsie.

L'hystéro-épilepsie, telle est la maladie qui a servi le plus souvent de prétexte aux chirurgiens pour pratiquer la castration. Au diagnostic hystéro-épilepsie on ajoute le qualificatif « menstruelle » qui, paraît-il, justifie l'opération.

Faut-il revenir sur des faits qui ont été démontrés par Briquet et par tant d'autres médecins. Les névroses menstruelles (344) ont été battues en brèche, et s'il y a coïncidence entre l'apparition des règles et les phénomènes nerveux ou psychiques, il n'y a pas relation de cause à effet. Du reste il est établi que de tous les troubles menstruels, c'est la suppression des règles qui paraît agir le plus sur la production ou l'exagération des phénomènes nerveux. Or la castration a pour but d'amener la ménopause, c'est-à-dire de produire justement une phase de la vie pendant laquelle toutes les névroses subissent une exacerbation marquée.

Quels sont les résultats de la castration appliquée à l'hystérie et à l'hystéro-épilepsie ?

Gaillard Thomas (56) cite 5 cas de castration double pour combattre des accidents hystériques, avec localisation douloureuse dans les ovaires. Il note 2 morts. Des 3 femmes

qui survécurent, deux n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération; une seule des malades obtint un avantage appréciable de l'opération.

M. Verneuil (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg.*, 1886, p. 667) a rapporté deux faits.

Le premier a trait à une femme robuste, de 40 ans, habituée aux exercices du corps, et de constitution goutteuse. A la suite d'une chute de cheval, apparut chez elle une névralgie utérine. Les douleurs s'aggravèrent sous l'influence des cautérisations du col. La castration fit disparaître immédiatement et d'une manière complète les douleurs. Mais dix jours après, elles revinrent aussi intenses. La malade réclamait l'ablation de l'utérus qu'un chirurgien simula. Cette femme ne fut qu'à moitié dupe de la supercherie. Elle vint voir M. Verneuil, en lui disant qu'on lui avait enlevé une partie de son utérus; elle réclamait une ablation complète de la matrice.

Sims (61) a opéré une femme qui avait de l'irrégularité des règles. La menstruation était insuffisante et douloureuse. Les convulsions ont persisté.

Burkart (96) a traité 4 femmes qui souffraient particulièrement des ovaires et de l'utérus, et n'a obtenu aucun bénéfice permanent.

Forel (97) a suivi une malade opérée par Haffter. La castration n'a fait disparaître que quelques phénomènes hystériques (toux, troubles de la sensibilité). A la suite d'une colère, la toux aboyante a reparu.

Cartens fait mention de 3 cas. Le premier se rapporte à une hystéro-épileptique qui fut guérie. Mais au moment où elle devait avoir ses règles, elle eut des crises qui furent attribuées à une habitude du système nerveux. Une autre jeune femme, atteinte d'hystéro-épilepsie, avait les ovaires sains. L'opération fut facile. La mort s'ensuivit. Le troisième cas (ovaralgie et hystéro-épilepsie) est un exemple de guérison, mais de date trop récente pour qu'on puisse y ajouter quelque créance.

Lee (128) cite un fait de Polk (femme atteinte de mélancolie, d'hystérie, etc.). Ce ne fut pas une guérison.

Dawson (128) rapporte un insuccès à la suite d'une opération pour hystéro-épilepsie.

Chambers (128) parle d'un succès douteux (il est vrai qu'un seul ovaire avait été enlevé).

Vander Verr (131) raconte l'histoire d'une femme de 33 ans, opérée par L. Tait. L'hystérie a persisté et durait l'année suivante.

Une jeune fille était atteinte d'épilepsie depuis le début de sa menstruation. Les attaques convulsives persistèrent malgré l'opération, mais avec moins de fréquence.

Reamy (139) rapporte un insuccès de la castration pour épilepsie. A ce propos, Mitchell rappelle l'histoire d'une hystéro-épilepsie qui avait subi cette opération. Pendant quelque temps la malade alla mieux. Mais bientôt son état devint déplorable.

Mundé (142) obtint une amélioration.

Montgomery (143) a enlevé les annexes pour une épilepsie menstruelle. L'insuccès a été absolu. Il y a eu exagération de symptômes.

Playfer (166) a pratiqué l'ablation des ovaires et des trompes dans un cas d'hystéro-épilepsie menstruelle, mais sans avoir de résultat appréciable.

Prochownick opère (173) une malade qui avait de l'irritation spinale, de la paralysie de l'extrémité interne gauche, de la paresse et de l'anesthésie. Le résultat fut bon pendant les premiers jours, mais bientôt il se produisit une hernie ombilicale et les premiers symptômes firent leur réapparition. Dans un deuxième exemple, cet auteur montre les résultats heureux de la castration pendant 7 mois ; bientôt les phénomènes nerveux reviennent et nécessitent une deuxième opération. Il y eut une régression pendant 9 mois, puis recrudescence des symptômes et constatation d'un kyste de l'ovaire. — Le 3[e] cas est instructif : la castration fut suivie d'un bon

résultat pendant 9 mois, mais les premiers symptômes apparurent de nouveau.

Chez une hystéro-épileptique, R. Bruntzel (174) n'obtint qu'un résultat négatif. Bien plus, l'hystérie parut s'aggraver après l'opération.

Spiegelberg parle d'un insuccès.

Landau et Remark (178) rapportent un fait d'hystérie grave avec hémianesthésie. L'extirpation d'un ovaire n'apporta aucune amélioration.

Menzel (192) mentionne une castration pour hystérie. La guérison fut lente. Pendant la convalescence, la malade se plaignit de coccygodinie. On procède à l'extirpation du coccyx. Disparition des douleurs après une cure d'hydrothérapie, l'année suivante. Enfin guérison définitive dans le cours de la deuxième année.

Lippmann (193) fit l'ablation des ovaires le 8 février 1883. Les accès d'hystérie persistèrent jusqu'au 24 novembre 1885. La malade fut traitée par les bromures de potassium et d'ammonium. Les accès ont cessé depuis cette époque. Dans son 10e cas, l'ablation des ovaires ne guérit pas l'hystéro-épilepsie. Les accès persistèrent. Le 11e cas (hystéro-épilepsie) n'eut qu'une diminution du nombre et de l'intensité des accès.

Dans un cas complexe, chez une malade qui avait eu des crises d'épilepsie et qui plus tard avait présenté des symptômes de pelvi-péritonite, Sutugin (204) pratiqua la castration, mais l'opération resta incomplète. Les attaques d'épilepsie furent plus fréquentes.

Olshausen a fait 4 fois l'opération pour des troubles nerveux. Dans un seul cas, il obtint un résultat satisfaisant.

Riestley a vu les douleurs et les crises nerveuses augmenter après l'opération.

La statistique de Battey « pour l'opération de Battey » porte sur 54 cas.

L'opération fut faite 10 fois pour oophoro-épilepsie (épilepsie ovarienne) et 40 fois pour ovarite chronique. Dans les

autres cas, il s'agissait d'occlusion de voies génitales (1), de manie (1), de nymphomanie (1), de fibro-myôme (1).

Malades guéries	33
— très améliorées.	8
— peu améliorées.	5
— non améliorées.	8

Mais parmi les guérisons complètes il en est qui ne peuvent guère être considérées comme telles. C'est ainsi que la femme qui fait l'objet de l'observation VIII était atteinte d'oophoro-épilepsie. La castration fit cesser entièrement l'épilepsie. L'état de la malade resta très bon pendant 6 mois ; mais par la suite survinrent des douleurs pelviennes qui persistent encore : soit un cas à déduire des 33.

L'observation XXI, qui entre aussi dans la catégorie des guérisons, prouve que si l'épilepsie est guérie, la malade n'a pas été débarrassée de ses hémorrhagies utérines et qu'elle a souffert encore de l'ovaire gauche. Cette femme « espère être bientôt comme elle n'a jamais été », mais elle n'est pas entièrement guérie. A déduire encore des 33 guérisons. Reste donc 31 malades guéries.

Le n° XXXI n'est pas entièrement débarrassé de tous les phénomènes pathologiques.

La femme qui est inscrite au n° XXXV est considérée comme guérie, mais elle meurt deux ans après d'une maladie « obscure » du cerveau

Le n° XLIV (ovarite chronique) se plaint de douleurs de dos, de temps à autre, et a de la distension flatulente des intestins.

Les n°s XLIX et LI avaient encore quelques troubles.

De sorte que le nombre de guérisons diminue notablement.

Parmi les 8 « très améliorées », le cas XII nous arrêtera. Cette femme de 26 ans a été débarrassée de la nymphomanie qui avait nécessité l'opération, mais la malade est restée ennuyeuse et a un désir morbide de sympathie et de notoriété, avec quelques idées de persécution.

Le n° XIX (ovarite chronique) est (d'après la statistique) très améliorée. Treize mois après l'opération, elle a été réglée pendant 10 mois consécutifs et depuis très irrégulièrement tous les 30 à 70 jours. Parfois elle a des pertes considérables. A chaque hémorrhagie elle souffre beaucoup, mais moins qu'avant l'opération.

Le XXXIX (ovarite chronique). Cette dame souffre encore, mais, dit Battey, c'est une névropathe qui sera toujours une malade chronique.

Le cas XI (oophoro-épilepsie) est inscrit dans la catégorie des guérisons. Depuis l'opération, cette femme a par moments des symptômes menaçants de spasmes. Elle a des sensations d'engourdissement, avec difficulté de se rappeler certaines choses.

L'observation XXIII est aussi instructive. Peut-on compter comme guérie une femme dont l'épilepsie (?) cessa de 1883 à 1887, mais qui eut à ce moment une attaque d'hystérie d'une extrême violence et d'une durée de 4 jours, malgré une médication très active ? A la suite de cette attaque elle devint bizarre, incohérente et enfin finit par mourir.

La malade qui fait l'objet de la XXVIIe observation (ovarite chronique) est-elle complètement guérie? Cette femme écrit qu'elle n'a pas été aussi bien qu'au printemps. Elle a souvent des bouffées de chaleurs et des palpitations. Elle se lève de son lit pour respirer librement. Par moments elle est très nerveuse.

Le XLI : bon espoir d'une entière guérison.

Le XLV souffre moins localement, mais reste encore une hystérique.

Le LXVII (ovarite chronique) : trois mois après l'opération, elle allait bien et était en bonne voie de guérison.

Dernièrement elle se plaignait beaucoup de dyspepsie et de faiblesse générale. Les douleurs pelviennes reviennent. Grandement améliorée. Espoir d'une bonne santé.

Il est inutile d'insister davantage sur ces guérisons complètes et sur les grandes améliorations obtenues. La simple lecture des trop courtes observations publiées par l'auteur démontre que des réserves doivent être formulées sur des statistiques qui peuvent induire en erreur.

Ces guérisons peuvent-elles être considérées comme réelles ?

Toutes ces prétendues guérisons sont susceptibles d'être interprétées d'une façon différente.

Comme on le voit dans maintes observations et en particulier dans celles de Battey, le symptôme dominant qui avait suscité l'intervention chirurgicale peut avoir disparu après l'opération, mais la malade éprouve d'autres symptômes qui sont des preuves suffisantes de la persistance de l'hystérie. Parfois même les phénomènes qu'on voulait faire disparaître en enlevant les ovaires, n'ont fait qu'augmenter immédiatement. Dans certains cas, les symptômes, après avoir disparu, ont fait leur réapparition avec une intensité égale, supérieure même à ceux qui existaient.

En matière d'hystérie plus qu'en aucune autre, — a dit Féré, en parodiant un mot de Descartes, — on ne doit jamais recevoir aucune chose pour vraie, sans la connaître évidemment être telle. La cessation des accidents nerveux, après la castration, a pu faire croire à des guérisons. Mais le sophisme : « *Post hoc propter hoc* », n'a jamais été appliqué, d'une façon plus manifeste. Les chirurgiens n'ont-ils pas oublié ce qu'écrivait Briquet. « Pour déclarer guérie une hystérique, il faut l'avoir vue plusieurs années après sa guérison...

« Aussi faut-il mettre au rang des fables toutes ces prétendues guérisons rapides obtenues à l'aide de telle ou telle médication, attendu que beaucoup d'auteurs ont regardé comme une guérison complète la suspension des symptômes de l'hystérie ou même le simple arrêt des attaques d'hystérie. »

Toute l'histoire de l'hystérie est là pour démontrer par des exemples innombrables la vérité de cette assertion (366, 600, 601, etc.).

Il n'est même pas nécessaire d'avoir recours à la castration

pour obtenir des résultats en apparence merveilleux dans le cours de l'hystérie.

Browne (52) a mis un pessaire à une femme atteinte de mélancolie et a observé chez elle une telle amélioration qu'on put la considérer comme guérie.

Bigelow vante les excellents effets du massage, de l'électricité, du changement d'air. Burkart (96) proclame les résultats du traitement de Weir Mitchell contre l'hystérie et la neurasthénie. Les moyens de douceur ont produit des effets magnifiques, même dans les cas où la castration avait échoué.

Contre la douleur ovarienne hystérique, la faradisation utérine (63) a réussi.

On trouvera, dans la Thèse de Soto y Alfara (379), des exemples de guérisons rapides de douleurs nerveuses, d'états en apparence graves, par l'application d'une médication très simple.

L'insuccès de la castration (613) est d'autant plus remarquable dans un cas d'hystéro-épilepsie (?) avec cancer partant de l'utérus, que le traitement médical employé par la suite produisit une amélioration rapide.

Il n'est pas jusqu'à la suggestion (115) qui n'ait amené la guérison de nerveuses susceptibles de subir la castration. On peut donc dire que tous les traitements ont tour à tour réussi et échoué dans le traitement des névroses. Ce serait folie de considérer la castration comme une panacée contre l'hystérie ou même une forme quelconque de l'hystérie. Et si nous voulions une preuve de plus des abus qui ont marqué la pratique de la castration, il nous suffirait de citer les exemples de castrations retardées ou refusées, et qui ont été suivies de guérison sans qu'il fût nécessaire de recourir à l'opération.

Tarnier, dans la préface du traité de Kaltenbach et de Hegar, raconte le fait suivant qui est instructif :

D'autres faits démontrent encore qu'on ne saurait user de trop de prudence et de trop de réserve; j'en donnerai un exemple : Une jeune femme, hystérique et paraplégique, ressentait de très vives douleurs dans

les régions ovariques; son traitement médical restant inefficace, on lui conseilla la castration; elle consulta alors séparément deux chirurgiens, l'un Français, l'autre Américain, qui tous deux furent d'avis que l'opération était bien indiquée, et se déclarèrent prêts à la pratiquer. On m'appela en cousultation pour savoir si on devait faire choix du chirurgien français ou du chirurgien américain. Je conseillai tout simplement à la malade de surseoir à l'opération et de suivre un traitement hydrothérapique rigoureux. Heureusement mes conseils furent écoutés, et cette jeune femme est aujourd'hui bien portante et en possession de ses deux ovaires.

Le professeur Verneuil peut rapporter un fait semblable.

Dans le quatrième cas rapporté par W. Baker qui n'est pas un adversaire résolu de la castration, ce chirurgien avoue qu'il a temporisé et qu'il a guéri par les moyens ordinaires une malade qui, tombée en d'autres mains, aurait été opérée.

Emmet (81) cite deux faits à l'appui de l'abus de la castration. Dans deux cas, l'opération, recommandée par des médecins, n'a pas été faite et les malades ne s'en sont pas plus mal trouvé.

L'histoire d'une malade atteinte d'hystérie abdominale typique est raconté par Dauchez. La guérison fut absolue et subite, sans nulle intervention.

Chamberlain (125) se félicite de n'avoir pas pratiqué l'oophorectomie à une femme qui présentait des symptômes très marqués de névralgie de l'ovaire. Chamberlain et un autre médecin avaient proposé la castration.

Goodell (148) rappelle l'histoire d'une femme à laquelle un gynécologue distingué voulait enlever les ovaires. Elle guérit sans opération.

Polaillon (100) a vu une dizaine de femmes sujettes à des troubles sérieux du côté de l'appareil génital, troubles que beaucoup de chirurgiens auraient traités par la castration. La guérison fut obtenue chaque fois, sans intervention sanglante.

Pajot (100) rapporte l'exemple de trois femmes qui auraient pu tomber sous le bistouri d'un opérateur : deux sont entièrement guéries et la troisième est dans un état de santé très satisfaisant.

M. Verneuil (209) a porté devant la Société de chirurgie deux faits instructifs. Nous avons déjà parlé de la première malade.

La deuxième était atteinte d'hyperesthésie ovarienne, avec chute d'un des ovaires dans le cul-de-sac recto-utérin. L'ablation des ovaires qui semblait indiquée ne fut pas pratiquée et cependant tous les phénomènes morbides ont disparu.

Nous avons observé une jeune fille qui avait été soignée, il y a un an, par un jeune et distingué médecin des hôpitaux. Cette jeune personne avait des douleurs intolérables dans le bas-ventre, pendant des mois et presque sans interruption. Un traitement méthodique dirigé contre l'hystérie et quelques vésicatoires sur l'un des ovaires finirent à la longue par avoir raison des troubles utéro-ovariens. A l'heure actuelle, cette jeune fille ne souffre plus et n'a même pas les signes manifestes d'hystérie. Mais ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est que le médecin traitant avait recommandé avec instance à la mère de la jeune fille de ne pas consulter un chirurgien et il avait affirmé qu'il réussirait à guérir sa malade par des moyens très simples. L'événement a prouvé que ce clinicien ne s'était pas trompé. Cette jeune fille a échappé certainement à la castration qu'on aurait pu lui appliquer.

Enfin, s'il fallait expliquer le succès thérapeutique de certaines opérations pratiquées sur les nerveuses, nous citerions les heureux résultats donnés par la simulation de l'oophorectomie.

Voici un des cas :

CHIARLEONI. *Hystérie et castration* (*Gazzetta degli ospitali, Anal.* nos 8-91,888. *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1888, p. 227).

Cas d'hystérie guérie par suggestion d'une castration simulée. Jeune fille, 29 ans, jusqu'à 20 ans bien portante. En 1878, effrayée par incendie, convulsion, hystérie nette : cessation de la menstruation. Reste au lit pendant huit ans. Tout traitement médical a échoué. Vomissements incoercibles, état d'extrême faiblesse et d'excessive maigreur. Chiarleoni pense à castration. Il pourrait bien se faire que, eu égard à extrême

émaciation générale, les ovaires fussent atrophiés, et alors à quoi bon les enlever!

Chiarleoni, se rappelant des guérisons pour ainsi dire miraculeuses des maladies nerveuses, obtenues à l'aide des moyens destinés à frapper le moral des malades et considérant comme sérieuse la guérison obtenue par Bernheim à l'aide de l'hypnotisme, voulut essayer, avant de tenter un traitement radical, une opération suggestive, avec l'intention de frapper l'imagination de la malade, d'autant plus qu'elle était parfaitement convaincue que la castration seule pouvait la guérir, et *qu'elle réclamait incessamment l'opération depuis plusieurs mois.*

Le 30 mai 1887, Chiarleoni chloroformisa la malade et l'examina. Rien à utérus ni annexes. Incision superficielle de la paroi abdominale. Sutures, pansement antiseptique.

A peine réveillée, elle peut, pour la première fois depuis de longues années, étendre les membres inférieurs. Guérison rapide. Dès le premier jour, vomissements cessèrent, sommeil pendant toute la nuit et la malade commença à manger.

Le cinquième jour, écoulement sanguin des organes génitaux. Le quinzième jour, elle quitte le lit pendant quelques heures. Elle a engraissé. La menstruation s'établit et deux mois après l'opération, malade rentre dans sa famille. Guérison.

Ce cas et ceux d'autres opérateurs démontrent que chez les opérées de la castration, la guérison peut n'être pas toujours due uniquement à l'ablation des ovaires, mais assez souvent à l'acte opératif qui frappe l'imagination des malades, ainsi que le pense Bernheim, et qu'avant de faire la cure radicale, il serait peut-être bon de tenter une *farce chirurgicale.*

Gillette (161) a raconté à la Société obstétricale de New-York un fait semblable. Il s'agit d'une femme atteinte de dysménorrhée grave, avec douleurs pelviennes et phénomènes épileptiformes. Il y avait en même temps prolapsus des ovaires. Gillette se borna à faire une incision à la peau et à refermer la plaie, simulant ainsi une oophorectomie. L'opérée fut convenablement améliorée. Il est vrai qu'elle a recommencé à souffrir un peu et qu'elle a parcouru les hôpitaux « pour se faire enlever quelque chose de plus que les ovaires ». Une autre observation du même genre a été rapportée par Chamberlain.

James Israël (611) cite l'histoire d'une femme de 23 ans, ayant des douleurs épouvantables à chaque période et des vomissements presque incoercibles. Elle traîna une existence

misérable pendant des mois et huit médecins lui conseillèrent la castration. On incisa la peau de l'abdomen, pour faire croire à la malade qu'on lui avait fait la castration. Cette incision fut suivie de la guérison de tous les accidents et cependant l'examen physique avait décelé l'existence de lésions ovariques. Plus tard, les vomissements reparurent, mais la malade avait appris qu'on avait simulé la castration.

Enfin, Dawson (155) a eu l'occasion de parler d'une femme qui avait subi l'opération de Battey, trois ans auparavant. Comme elle recommençait à souffrir, on lui ouvrit le ventre pour le refermer immédiatement sans avoir fait autre chose que de constater l'atrophie des trompes. La guérison fut ainsi obtenue.

Résultats de la castration dans les cas d'hystérie.

Les faits que nous avons cités suffisent pour démontrer combien la castration des hystériques est une opération aléatoire, ne donnant pas plus d'espoir d'amélioration ou de guérison que les autres méthodes usuelles et banales de traitement. Doit-on conserver cette opération dans la cure de l'hystérie?

Pour répondre par l'affirmative, il faudrait que la castration fût sinon toujours efficace, du moins bénigne et qu'elle n'eût pas de conséquences fatales. On n'a pas le droit de faire l'essai d'un remède qui est pire que le mal, car le mal ne met pas la vie en danger, tandis que le remède procure parfois un « changement de vie » qui n'était désiré, ni par le malade ni par l'opérateur.

Dans la Thèse de Martin (234) et dans celle de Bentéjac (357) on trouve des éléments pour estimer la gravité de la castration des hystériques.

Lucas Championnière (357) déclare que sont spécialement prédisposées aux « réflexes post-opératoires, les femmes jeunes, ardentes, hystériques, présentant des douleurs ovaralgiques

intenses et sur lesquelles on pratique l'ablation des organes utéro-ovariens, sains dans leurs tissus et par conséquent irritables par leur système nerveux ». Et ce chirurgien, pour donner plus de force à son affirmation, ajoute qu'*il est moins dangereux d'opérer un kyste de l'ovaire dans lequel cet organe est dégénéré que de pratiquer la castration simple chez une femme irritable ou affectée de quelque tare du système nerveux.*

M. Championnière (100), dans la communication qu'il fit à la Société obstétricale et gynécologique, a exposé avec franchise les suites de la première castration qu'il fit pour accident nerveux. La mort s'ensuivit. L'autopsie fut négative. La terminaison funeste était due aux réflexes post-opératoires, particulièrement dangereux chez les hystériques.

Cette opinion prouve qu'il ne faut accepter qu'avec réserve les résultats merveilleux donnés par Schmalfuss (205). Cet auteur, qui a pratiqué 32 castrations dans les névroses, n'a perdu aucune de ses malades et a obtenu la guérison complète 24 fois. Il signale 6 améliorations et 2 insuccès seulement.

Magnin (*De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux*), après avoir écrit : « Il n'existe peut-être pas d'opération plus sérieuse que l'oophorectomie : elle entraîne des risques opératoires et abolit la fonction essentielle de la femme : la reproduction .. » écrit qu'il a trouvé 67 observations et qu'il n'a relevé que 3 morts. Ces chiffres n'ont qu'une valeur relative, ajoute-t-il.

Et en effet, Porak, dans son excellent rapport, fait bonne justice de cette statistique qui, dit-il, n'est appuyée que sur les cas de Schmalfuss, de Terrier et de Lawson Tait. Elle ne comprend pas tous les faits publiés. « Tout prouve que Schmalfuss a mis volontairement de côté tous les cas mortels..... Les statistiques de M. Magnin, basées en grande partie sur les observations de Schmalfuss, sont ruinées dans leur base et par conséquent nulles. »

Porak fait remarquer que les opérateurs heureux seuls donnent leurs résultats et qu'on peut espérer abaisser la mor-

talité jusqu'à 10 p. 100 et même à un chiffre plus satisfaisant. « Néanmoins cela sera toujours une opération grave. On ne devra jamais l'oublier lorsqu'on sera sollicité à la pratiquer. »

Westermarck (253), sur 498 oophorectomies pratiquées par 8 opérateurs, a trouvé une mortalité de 8 p. 100.

D'ailleurs une réaction s'est faite parmi les chirurgiens et les gynécologues contre la pratique de la castration dans les cas d'hystérie et d'épilepsie.

Les catastrophes survenues à la suite de cette intervention sanglante ont ralenti le zèle de quelques chirurgiens qui ne se consolent pas aisément d'avoir perdu certaines malades opérées pour des accidents peu graves en réalité.

Dire avec quelques chirurgiens que la mort est due à une faute contre l'antisepsie ou que la patiente a succombé parce qu'elle était une nerveuse, ce n'est pas une consolation pour personne. L'homme de l'art qui endosse à la légère la responsabilité des désastres de cette nature ne court pas, il est vrai, de grands dangers; mais est-il à l'abri de tout reproche?

T. More Madden, Playfer, Wylie font des réserves sur la nécessité de l'opération dans ces cas. Price (224) n'opère pas pour les troubles nerveux. Les ablations des annexes, lorsqu'il existe un élément hystérique, sont les moins propres au succès dans leurs résultats ultérieurs, dit Halliday (235).

Schrœder (166) pense que l'ablation des ovaires normaux est quelquefois suivie de la cessation des attaques d'hystérie, mais il est très circonspect en ce qui touche aux résultats définitifs et à la guérison permanente; il relate quelques faits dont le résultat a été plus que douteux. Skene Keith (202) avance que dans aucun cas on ne doit pratiquer la castration contre la névralgie, à moins que la lésion matérielle n'ait été reconnue et diagnostiquée avant.

L'opération appliquée à l'hystérie est condamnée par Liebermeister (250). Martin (252) dit qu'on ne doit castrer les femmes prédisposées aux accidents psychiques qu'avec la plus grande circonspection.

Spencer Wells (247) déclare que la castration est inadmissible dans les cas d'excitation nerveuse. L. Tait est du même avis. Il n'a enlevé des ovaires que dans quelques cas d'épilepsie menstruelle bien marquée et il proteste contre les opérations faites inutilement. Ailleurs (316) le chirurgien de Birmingham dit que l'opération de Battey a donné beaucoup d'insuccès. Le but poursuivi par Battey, ajoute Tait, était de faire disparaître des symptômes réflexes divers et vagues, en provoquant la ménopause prématurée. Tait a suivi le conseil de Battey, dans quelques cas, et n'a pas eu à s'en louer.

Churchill ne conseille la castration « qu'avec la plus grande timidité et lorsque nous avons affaire à ces malades dont la vie, sans être menacée, est devenue un supplice de tous les instants ».

Engelmann (374) fait des réserves. Walton (de Boston) (102) croit qu'il faut limiter l'opération aux cas où les symptômes hystériques sont secondaires à des troubles pelviens.

Emmet (110) : « Je n'ai que rarement rencontré des cas dans lesquels il m'a paru nécessaire, en conscience, de la pratiquer, et où les bénéfices à obtenir compensaient pleinement les risques de l'opération. »

Pour Forel (607), la castration n'est indiquée dans la guérison de l'hystérie que si la relation entre les phénomènes nerveux et l'état de l'ovaire est bien déterminée.

Battey (236), dans son important mémoire, reconnaît que la bonne sélection des cas est encore à trouver et que dans la catégorie des échecs se trouvent des opérations qui ont été pratiquées alors que les indications étaient claires et inattaquables. Il croit que le pourcentage des insuccès est encore élevé, mais chaque cas guéri est un vrai succès, car, dit-il, on n'aurait pas pu arriver à un tel résultat par aucun autre moyen.

« Dans cette période d'engouement, on ne craignait point de pratiquer la castration dans des cas d'aliénation mentale,

d'hystéro-épilepsie, et même de l'employer comme moyen curatif de la masturbation. Ce sont vraisemblablement ces abus scandaleux que réprouvent à la fois le bon sens et la morale, » écrit Duplay (333). Ferrand (330 et 331) exprime les réserves les plus formelles au sujet de la castration pratiquée pour combattre les affections épileptiformes qui semblent se lier à une perturbation fonctionnelle des ovaires. Il s'élève contre l'opération dirigée dans le but de guérir des névralgies et est très sévère dans son jugement.

Péan (334) craint qu'on n'abuse de la castration pour des affections susceptibles de céder à un traitement médical ou à des moyens mécaniques. Que dire, par exemple, de ceux qui pour des névralgies utéro-ovariennes que les médecins guérissent facilement, n'hésitent pas à pratiquer la castration utérine ou ovarienne ? Il sait du reste, par sa propre expérience, que l'ablation des ovaires est impuissante contre l'hystérie génitale.

Le professeur Trélat (211) estime qu'il faut être très réservé dans les applications de la castration à la cure des névroses : « C'est une question très importante de pratique dans laquelle le chirurgien ne saurait montrer trop de réserve et de mesure. »

Marchand (211) croit qu'on a renoncé à faire l'opération de Battey pour combattre les accidents généraux d'hystérie. Pour sa part, il a refusé d'enlever les ovaires dans un cas semblable à celui de Terrier.

Pozzi (211) exprime quelques réserves sur la castration pour les douleurs de l'ovaire. A son avis, c'est l'état local qui doit être la base des indications et des contre-indications opératoires.

Terrier (227) dit que l'oophorectomie laisse la femme hystérique ou nerveuse, mais la névrose est réduite à son minimum d'intensité et ne trouve pour ainsi dire plus d'excuse pour montrer les dents.

Les indications de l'opération, dit L. Championnière (100),

seront plus nombreuses, quand on étudiera plus complètement les relations de la menstruation avec l'hystérie. La castration modifie l'individu sans faire disparaître complètement son tempérament.

Terrillon (229) est assez partisan de l'intervention dans les cas de névralgies ovariennes ou d'accès hystériques paraissant avoir l'ovaire pour origine. Si le point de départ ovarien est bien net, on est autorisé à intervenir et les résultats obtenus sont bons. Au contraire, on va au-devant d'un insuccès quand la cause est d'origine centrale, ce qui est difficile à diagnostiquer.

Toutes ces tentatives sont condamnées et condamnables. Le professeur Charcot que nous avons consulté a été très net et très affirmatif à ce sujet. Il est absolument opposé à la castration dans l'hystérie, l'hystéro-épilepsie, la manie, la folie, etc. L'éminent chef de l'École de la Salpêtrière nous a déclaré que l'hystérie génitale, était une erreur grossière et que l'hystérie, l'hystéro-épilepsie, l'épilepsie d'origine menstruelle, de cause génitale, n'existaient pas. Il n'a jamais vu un cas d'hystérie, d'hystéro-épilepsie, de manie, susceptible d'être traité par la castration. Bien au contraire, il a rencontré des femmes qui avaient subi l'opération de Battey et qui étaient hystériques comme par le passé. Elles regrettaient seulement de n'avoir plus d'ovaires. La tentative de la chirurgie actuelle est un retour aux idées anciennes dont a fait justice la pathologie nerveuse moderne. Il est aussi illogique d'enlever chez un hystérique mâle le testicule ou la peau du scrotum, sièges de sensations douloureuses, que d'enlever une zone hystérogène quelconque ou un ovaire hyperesthésié, chez une femme. La théorie sur laquelle les opérateurs s'appuient est fausse; leur pratique est mauvaise et, a-t-il ajouté, immorale [1].

Ce jugement nous semble être la condamnation en dernier

1. Cette partie du texte a été lue et approuvée par M. Charcot.

ressort d'une opération qui non seulement expose à des accidents graves, mais même à la mort.

La fréquence de l'hystérie est telle qu'il nous a paru nécessaire de réagir contre des entreprises opératoires qui deviennent de plus en plus fréquentes. Il existe à Paris, dit Legrand du Saulle (375) cinquante mille hystériques dont dix mille ont des attaques. Allons-nous nous mettre à châtrer des femmes qui sont pour la plupart en pleine vie génitale ? Ce serait de la pure démence.

CHAPITRE XIII

Épilepsie. — Folie.

Non seulement on a tenté de guérir l'épilepsie par la castration, mais on a pris texte de quelques prétendues guérisons ou améliorations chez la femme pour enlever les testicules à quelques hommes atteints d'épilepsie.

Partant de ce point de vue que les périodes menstruelles produisaient une exacerbation des phénomènes cérébraux, on a proposé la castration pour guérir la folie. Goodell (Tissier, p. 124) a pratiqué dans ce but cette opération. Comment expliquer une telle intervention? Howard (Tissier, p. 124) suppose que les troubles cérébraux sont dus à l'anémie de l'encéphale. En supprimant l'ovaire, on supprime l'appel sanguin vers le petit bassin. Grâce à la castration, l'anémie cérébrale qui se manifestait au moment des règles est supprimée, d'où diminution, suppression même de la folie, par cette hyperémie cérébrale relative. Mais Vidor, à la Société médicale de Buda-Pest, 13 mai 1882, constate aussi cette hyperémie cérébrale qui pour lui est capable, au contraire, de provoquer la folie.

Howard va même jusqu'à dire qu'il n'est pas éloigné de

recommander l'ablation des testicules chez les hommes ayant quelque aberration dans les idées.

Battey, au congrès de Londres, a réuni 13 castrations pour cas de ce genre. La mortalité a été de 23 p. 100. Dans 3 cas il y a eu à peine amélioration, dans 2 cas légère amélioration, 5 cas de guérison.

La castration a été faite maintes fois dans des conditions semblables.

Par une sorte de contradiction que nous avons déjà relevée, beaucoup de laparotomistes ont étudié l'influence des opérations abdominales sur les désordres cérébraux.

Tait (95) dit qu'après les opérations abdominales, il y a parfois mélancolie aiguë. Sept fois il a fait des opérations sur des aliénés, il a toujours constaté l'aggravation des symptômes. — Ailleurs Tait (Tissier, p. 127) rapporte que l'ablation des ovaires et des annexes lui a donné 7 cas de mélancolie aiguë. Forel (97) cite l'exemple d'une hystérique qui devint aliénée à la suite de la castration.

Nous renvoyons aux indications bibliographiques (120) et en particulier au travail de Werth (252) pour l'étude des relations des psychoses et des opérations à la suite des opérations sur les organes génitaux de la femme. Leszynski (614) s'élève contre la pratique de l'oophorectomie dans les affections mentales.

Aucune donnée théorique sérieuse ne légitime une telle intervention.

Mais en réalité ces tentatives cachent le plus hasardeux des essais. Trenholme (Tissier, p. 128) n'a qu'un demi-souci de la vie des aliénés et les considère comme ne faisant guère partie de l'humanité respectable. Pour Goodell (Tissier, p. 128), ne dût-on obtenir que la suppression de la folie héréditaire, ce résultat est assez beau pour déterminer le chirurgien à faire la castration.

L. Tait n'écrivait-il pas pour justifier son opération dans un cas de manie épileptique (*Traité des maladies des ovaires*,

p. 141) : « En tous cas, je ne pouvais pas aggraver son état, car, même si elle en mourait, sa disparition serait une chose agréable à son entourage. » On ne peut laisser s'accréditer de telles tendances sans les combattre énergiquement. Quels sont les devoirs de l'homme de l'art vis-à-vis des aliénés? Justement parce qu'ils sont privés de raison, ces malheureux sont dignes de toute pitié et d'une sollicitude toute particulière de la part des médecins et des chirurgiens. Ceux-ci doivent souvent les traiter avec la même déférence que les autres malades. Il serait criminel de considérer les aliénés, non comme des malades ordinaires, mais comme des êtres inutiles, dangereux et nuisibles à la société. Si une telle doctrine qui a été rayée de la pathologie et de nos mœurs, depuis les mémorables efforts de Pinel, tendait à prévaloir en chirurgie, les aliénés ne seraient plus dignes qu'à servir aux répétitions de médecine opératoire. La morale, les lois, la conscience protestent contre une telle infamie. Et si les devoirs du chirurgien ne vont pas jusqu'au précepte suivant qu'on trouve dans un journal de médecine mentale : « On ne doit opérer les malades atteints de folie, contrairement à leur volonté, que si la vie était menacée à ce point que sans l'opération la mort s'ensuivrait, » du moins, on peut affirmer que les mêmes indications et mêmes contre-indications doivent être posées, quand il s'agit d'opérer un aliéné ou un individu sain d'esprit. La vie humaine doit toujours avoir la même valeur aux yeux de l'homme de l'art, que son client soit riche ou pauvre, fou ou extrêmement lucide et intelligent.

Spencer Wells disait que celui qui fait l'oophorectomie contre la folie est lui-même un fou.

Étendre cette opération comme le voudrait Trenholme (Tissier, p. 128) aux lunatiques, aux imbéciles, aux idiots, aux vagabonds, aux criminels, aux récidivistes, sous prétexte d'épurer la société, de débarrasser les générations futures d'êtres inférieurs, c'est faire œuvre de barbarie.

Nos contemporains n'ont point le mérite d'avoir une idée

nouvelle. Sémiramis (*Dictionnaire en* 30 *volumes*, t. VI, p. 477) ordonnait de châtrer les hommes de faible constitution afin de leur enlever la faculté de propager leurs races débiles. Les indigènes de la Nouvelle-Zélande enlevaient les ovaires des filles mal conformées.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter en si beau chemin. Pourquoi n'abattrait-on pas les lunatiques, les imbéciles, les idiots, les vagabonds, les criminels et les récidivistes?

Castration dans la nymphomanie, la masturbation.

Nous avons vu combien était peu connue la question de l'influence de la castration sur les désirs vénériens. Poussés par la nécessité de défendre une opération si vivement attaquée, les chirurgiens qui la pratiquaient avec excès ont déclaré que la castration n'amenait pas la perte de l'instinct sexuel. Bien au contraire, les désirs seraient augmentés.

Malgré l'incertitude qui règne sur cette question, certains chirurgiens ont traité la nymphomanie et la masturbation en supprimant les ovaires.

Goodell (Tissier, p. 129), Kyle, Dallen, Schrœder ont pratiqué l'opération dans ce but. D'autres chirurgiens ont agi de la même façon.

Autres entreprises opératoires.

Battey affirme que les femmes atteintes d'oophoro-épilepsie (épilepsie ovarienne), de manie ou d'ovarite chronique ne doivent pas être opérées, si elles sont morphiomanes. C'est une des rares contre-indications de la castration. Cependant on trouve des exemples de castration dirigée spécialement contre la morphiomanie. C'est dans le but de guérir celle-ci

que certains chirurgiens ont enlevé les ovaires et les trompes et Williams H. Baker (45) rapporte un cas où un habile gynécologue donne le conseil de faire l'opération de Battey, comme seul moyen de débarrasser la patiente de l'habitude de la morphine. La malade, ayant déjà vainement essayé de cesser l'usage de ce médicament, ne put se résoudre à faire une nouvelle tentative et préféra subir la castration.

Baker Brown avait traité la nymphomanie et la masturbation en coupant le clitoris. Il avait même espéré que la clitorectomie guérirait l'hystérie, la mélancolie, l'épilepsie, etc. Ce chirurgien fut jugé par ses pairs avec la dernière rigueur et des mesures extrêmes furent prises contre lui. C'est ce qui inspire à Engelmann (336) les réflexions suivantes :

« Ceux qui avaient condamné un confrère distingué parce qu'il enlevait le sens aux femmes, sans leur faire courir aucun risque, acceptent aujourd'hui des témérités bien plus dangereuses, comme l'opération qui a été préconisée par Robert Battey... »

Castration utérine.

Tel est le mot qu'emploie à dessein M. Péan, attendu, dit-il, que la suppression de l'utérus produit des résultats analogues à la castration ovarienne et souvent même plus complets au point de vue de la guérison d'un certain nombre de maladies de ces divers organes. Il est évident que l'ablation des ovaires, l'ablation des trompes ou l'hystérectomie établissent sûrement la stérilité. Du reste, il suffit de s'entendre pour savoir qu'une hystérectomie s'appelle, dans certains cas, castration utérine.

M. Péan reproche à certains chirurgiens d'enlever les ovaires pour des névralgies utéro-ovariennes que les médecins guérissent. Ce reproche, venant de celui qui le premier en France

a fait la castration pour guérir des névroses, méritait d'être relevé, ne serait-ce que pour sa singularité. Ce chirurgien reconnaît qu'il a enlevé inutilement les annexes de plusieurs malades et que, devant la persistance des symptômes douloureux, il a dû se résoudre plus tard à enlever l'utérus. Ainsi donc M. Péan, convaincu par expérience de l'inutilité de la castration dans les névralgies utéro-ovariennes, poursuit toujours le mal dans la sphère génitale et arrive à enlever d'emblée l'utérus pour des douleurs utéro-ovariennes qui n'ont parfois aucun substratum anatomique. Le seul avantage qu'il trouve à l'hystérectomie vaginale d'emblée dans les cas de névralgie, c'est de permettre quelquefois de reconnaître au cours de l'opération une tumeur méconnue jusque-là.

Secheyron (115) est moins conservateur que son maître qui enlève l'utérus et laisse les annexes. Le mieux, dit Secheyron, serait d'être plus radical encore, d'enlever l'utérus avec ses annexes.

Après une telle mutilation pour des troubles nerveux, on se demande si un chirurgien ne trouverait pas encore une nouvelle opération à tenter sur la malade, dans le cas où la guérison n'aurait pas été obtenue.

Affection de l'utérus.

Kelly (129) fait la castration à une femme de 35 ans ayant des douleurs vagues dans l'hypogastre, depuis plusieurs années, et des sensations de brûlure du côté gauche de l'utérus. Elle avait de la leucorrhée et les congestions menstruelles s'aggravaient. L'opération fut dirigée contre la subinvolution et la métrite chronique.

Hegar (56) a enlevé l'utérus et les ovaires dans un cas de toux d'origine utérine. La toux était due à une antéflexion utérine. Dans un autre cas, la castration fut faite pour traiter la déviation utérine. La mort s'ensuivit.

Menzel (192) a traité ainsi une rétroflexion de l'utérus accompagnée de ménorrhagie.

Dans une discussion à la Société de chirurgie, M. Lucas Championnière a raconté qu'il a fait la laparotomie à une femme atteinte de rétroversion utérine avec douleurs intenses. Il s'est contenté (*Revue de chirurgie*, 10 mai 1889, p. 419) d'enlever les deux ovaires atteints de dégénérescence kystique, sans corriger la déviation, et pourtant la malade ne souffre plus.

Que conclure de ce fait? Faut-il traiter par la castration la rétroversion utérine donnant lieu à des douleurs? Cette conséquence n'a pas été explicitement indiquée par M. Lucas Championnière, mais nous nous demandons avec anxiété si, en lisant le compte rendu de cette séance, quelque opérateur entreprenant ne se croira pas autorisé à enlever les ovaires des femmes atteintes d'une déviation de la matrice.

Braithwarte (122) châtre une femme dont la menstruation était régulière, mais qui avait de la dyspnée d'origine cardiaque avec souffle mitral.

Dans un cas, Prochownick (173) opère une femme qui avait de la gastralgie de la dyspepsie, des crampes, des défécations douloureuses, et de la mélancolie. Pendant deux mois le résultat fut bon, mais les symptônes réapparurent.

Sims, cité par Tissier dans sa Thèse (82), se montre partisan de l'opération pour beaucoup d'entéralgies.

Les affections spinales ont été traitées aussi par la castration.

Une malade, examinée plusieurs fois par Hamilton, Thomas et Emmet, avait, du moins en apparence, une myélite chronique. L'oophorectomie fut déconseillée. Mais comme la malade avait entendu parler de la castration, elle réclamait l'opération. Mundé (141), considérant qu'il existait de l'ovaralgie, céda aux sollicitations de sa cliente. La castration fut suivie de la disparition des symptômes d'atrophie spinale. En

présence de ce résultat, aussi merveilleux qu'inattendu, Mundé lui-même ne cacha pas son étonnement.

Cette guérison démontre : 1° l'erreur de diagnostic dans laquelle sont tombés Hamilton, Thomas, Emmet et Mundé. Il s'agissait non d'une lésion spinale, mais d'un phénomène d'origine hystérique ; 2° la facilité avec laquelle Mundé a pratiqué une opération dont le résultat l'étonne lui-même, et à bon droit.

Goodell (224) a châtré une femme atteinte de pseudo-hypertrophie musculaire. Le résultat fut négatif.

Dudley (165) traite une femme malade depuis 11 ans, à la suite de sa dernière couche, et alitée depuis 3 ans. Cette femme qui n'avait plus ses règles, depuis un an, se plaignait surtout de douleurs dans la région splénique. La laparotomie fait constater l'intégrité de la rate et l'adhérence du colon descendant à l'utérus rétroversé et à l'ovaire. L'opérateur enleva les annexes.

Si nous en croyons Fehling (118) qui a eu l'occasion de faire la castration à des femmes atteintes d'ostéomalacie, celle-ci aurait été améliorée. Winckel (163) avance timidement qu'avant d'opérer, il serait bon de tenter d'autres moyens. Une bonne nourriture donne d'excellents résultats chez les ostéomalaciques !

Enfin la castration est, paraît-il, pleine de promesses pour sauver les malades atteintes du cancer du sein. Au dernier congrès de la Société allemande de chirurgie (*Semaine médicale,* 1889, p. 142), Schenzinger (de Fribourg-en-Brisgau) se demande si l'on ne pourrait pas enrayer la récidive des cancers du sein, en cherchant à obtenir par la castration l'atrophie de l'autre glande mammaire.

Cette dernière tentative clôt-elle la série ? Comme on l'a dit (166), l'oophorectomie, considérée comme une panacée à tous les maux, va sans cesse en augmentant de fréquence. Si cette mode de castration ne tombe pas dans le discrédit qu'elle mérite, ne va-t-on pas se jeter à tout propos sur les organes génitaux de la femme pour lui enlever non seulement les maux

dont elle est atteinte, mais aussi ceux qu'elle pourra avoir? Bold (321 et 322) établit les rapports des névroses cardiaques et des affections utérines et montre que la guérison des troubles cardiaques est obtenue par la disparition de l'affection utérine ou ovarienne? Il est à craindre que la castration soit appliquée à la cure des palpitations, et des névroses cardiaques. Lœwenthal (310) constate les bons effets de la suppression artificielle des règles par les injections d'eau chaude, dans le traitement de la chlorose. Un chirurgien ne va-t-il pas châtrer les femmes pour les guérir de la chlorose?

Il semble qu'il soit exagéré de poser de telles questions, mais du train dont vont les choses, il est permis de faire de telles hypothèses.

Les opérations sur l'abdomen ont pris une si grande extension que tout est à redouter. Il n'est que temps de pousser un cri d'alarme pour empêcher la castration de pénétrer plus profondément dans nos mœurs chirurgicales.

Puisse ce travail arrêter la main trop légère du chirurgien qui espère obtenir des résultats surprenants en pratiquant une opération dont il ignore peut-être les méfaits!

Si nous avons réussi à démontrer que la castration n'atteint pas toujours son but, qu'elle n'est pas d'une facilité telle qu'on puisse l'entreprendre avec la certitude de la mener à bien, enfin qu'elle enlève un certain nombre de malades nullement en danger de mort, du fait de leur affection, nous pouvons nous féliciter de n'avoir pas fait un travail inutile.

En signalant les excès opératoires, en combattant particulièrement la castration dirigée contre les affections nerveuses, nous n'avons pas eu pour but de condamner cette opération. Comme on l'a dit, l'abus des meilleures choses ne prouve pas que celles-ci ne soient excellentes.

L'abus de la castration, appliquée inconsidérément à un grand nombre d'affections, a eu pour résultat de jeter un tel discrédit sur cette opération qu'un travail d'ensemble est né-

cessaire pour poser nettement les indications et contre-indications d'une intervention qui a rendu et rendra encore de réels services à une certaine catégorie de malades.

Vu :

LÉON LE FORT.

Vu :

Le Doyen,

L. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De 1 à 44. **Estrada.** — *Parallèle de l'oophorectomie et de l'hystérectomie.* Th. Paris, 1888.

45. **W.-H. Baker.** — *The Boston med. and surgical journ.*, vol. CXII, 1885, p. 150.

46. *Commentaires des Codes français.* Dalloz-Ortolan, I, p. 369. — Jousse, t. III, p. 497.

50. *The Journal of mental sciences.* London, vol. XXXII, p. 287.

52. *The Journal of mental sciences*, 1881, p. 470.

53. **Tissier.** — *De la castration de la femme en chirurgie.* 1885. Thèse Paris.

55. **Baer.** — *The Amer. Journ. of obst.*, 1886, p. 504.

56. **Gaillard Thomas.** — *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. Lu taud, 1879, p. 717.

57. **Ormières.** — *Th. Paris,* 1880, nº 66.

58. **Storer.** — *De la menstruation sans ovaire. Arch. physiologie,* 1868.

60. **Terrillon.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juillet, 1885, p. 469.

61. **Sims.** — *Progrès médical*, 1881, p. 26.

63. **Apostoli.** — *Arch. de tocologie*, 1885, p. 524.

64. **Terrier.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1885, p. 775.

65. **Lenger.** — *Société médico-chirurgicale.* Liège, séance 3 mars 1886.

66. **Polaillon.** — *Gigantisme utérin.* Union médicale, 22 nov. 1887.

70. **Terrillon.** — *Annales de gynécologie*, 1882, t. XVIII, p. 161.

80. **Carl Schrœder.** — *Maladies des organes génitaux de la femme*, trad Lauwers. 1886, p. 279.

81. **Johnson.** — *Annales de gynéc.*, 1886, t. XXV, p. 72.

82. **Sims.** — *Battey's operation. Brit. med. journ.*, 1877, pp. 8 et 15. Thèse Tissier, p. 124.

83. **Knowsly Thornton.** — *Brit. med. journ.*, 1887, t. II, 1157.

84. **Sinclair.** — *Brit. med. journ.*, 1886, t. I, p. 499.

85. **Savage.** — *Brit. med. journ.*, 31 jan. 1885. — *Analyse Arch. tocol.,* 1885 p. 371.

86. **Savage.** — *Brit. med. journ.*, 1886, 13 mars.
87. **Tait Lawson.** — *Med. Rec. New York*, 1885, t. XXVII, 1-3. — *Brit. med journ.*, 1885, I, 218.
88. **Bold.** — *New York med. journ.*, 1885, p. 341.
89. **Brewis.** — *Edinbourg med. journ.*, août 1888, p. 187.
90. **W. Burnham.** — *Annals of gynæc. A monthly review of gynæcol. obstetrics.* Boston, may 1888.
91. *Normal ovaritomy* (*Brit. med. journ.*, march 12, 1887, p. 576).
92. **L. Tait.** — *New-York med. journ.*, 1886, p. 699.
93. **J. Murphy.** — *Brit. med. journ.*, july 24, 1884, p. 154.
94. **L. Tait.** — *Brit. med. journ.*, 4 juin 1887.
95. **L. Tait.** — *Med. news.* Philadelphia, 27 sept. 84.
96. **Burkart.** — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1887, nos 45-47 et *The american journ. of the med. sciences.* Philadelphie, 1888, p. 548.
97. **Forel.** — *Corr. Bl. f. Schw. Aerzte*, 1er sept. 1886.
98. *Un danger nouveau dans l'ovariotomie* (*Répert. universel d'obst.*, 1887, p. 386).
99. **L. Tait.** — *The Lancet*, sept. 18, 1886, p. 557.
100. **L. Championnière.** — *Extirpation des ovaires.* Séances de la Société obstétricale et gynécolog. de Paris (*Arch. de tocologie*, 1887, p. 658, et *Bulletins et mémoires* de la Société obstétricale et gynécol. de Paris pour l'année 1887), p. 195.
101. **Bulter Smythe.** — *Brit. med. journ.*, 1887, I, p. 237.
102. **Walton** (de Boston). — *Medical Times*, 1884, p. 729.
103. **Mays Robson.** — *Brit. med. journ.*, 1886, I, p. 63.
104. **Kæberlé.** — *Arch. de tocologie*, 1884, p. 769.
105. **Duplay.** — *Ann. de gynéc.*, 1883, t. XX, p. 316.
106. **Dauchez.** — *Revue médicale franç. et étrangère*, 1884, p. 588.
107. **Tourneur.** — Th. Paris, 1877, n° 351.
108. **Bouilly.** — *Nouvelles arch. d'obst. et de gynéc.*, 1888, p. 195.
110. **Emmet.** — *La Pratique des maladies des femmes*, trad. par Olivier. Paris, 1889, pp. 113, 114, 167, 615, 652.
111. **Hart et Barbour.** — *Manuel de gynécologie*, trad. Crouzat. Paris, 1886, pp. 96, 224, 225, 713.
112 et 113. **Goodell.** — *Leçons de gynécologie.* Philadelphie, 1887, pp. 246, 519, 379, 393.
114. **Bernheim.** — *Gaz. hôpit.*, 1887, p. 1017.
115. **Secheyron.** — *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale.* Paris, 1889.
116. **Schwartz.** — *Article Utérus. Nouveau Diction. de méd. et de chirurgie pratiques.*
117. **Bantock.** — *Répert. univers. d'obst. et de gynéc.*, 1888, p. 570.
118. **Fehling.** — *Semaine médicale*, 1888, p. 219.
119. **Statsch.** — *Semaine médicale*, 1888, p. 217.
120. **Werth.** — 2e *congrès de la Société allemande de gynécologie* (*Semaine médicale*, 1888, p. 214).
121. **L. Tait.** — *Bulletin médical*, 1888, p. 932.
122. **Braithwarte.** — *Lancet*, 2 avril 1884.
123. **Burten.** — *The amer. journ. of obst.*, 1887, p. 1093.
125. **Chamberlain.** — *The amer. journ. of obst.*, 1884, p. 966.

126. **Carstens**. — *The amer. journ. of obst.*, 1883, p. 166.
127. **Coe**. — *The amer. journ. of obst.*, 1886, p. 154.
128. **Lee**. — *The american journ. of obst.*, 1887, p. 732.
129. **Kelly**. — *The american journ. of obst.*, 1887, p. 180.
130. **P. Wehmer**. — *Zeitschrift f. gib. u. gyn.*, XIV, 1.
131. **Vander Veer**. — *The amer. jour. of obst.*, mai 1887 (*Répert. univ. d'obst.*, 1887, p. 566).
132. **L. Tait**. — *Brit. med. journ.*, 18 fév. 1888. Soc. pathol. de Londres.
133. **Stepherd**. — *The amer. journ. of med. sc.*, décembre 1887.
134. **Sims**. — *The amer. journ. of obst.*, fév. 1886, Société obst. de N.-Y.
135. **Schatz**. — *Centralblatt for gynæk.*, 1886, nº 23, p. 353.
136. **Sainclair**. — *Arch. de tocologie*, 1886, p. 334.
137. **Saenger**. — *Répert. univers. d'obst. et de gynéc.*, 1888, p. 513.
138. **Reamy**. — *Cincinnati Med. news*, juillet 1887.
139. **Reamy**. — *A case of oophorectomy. The amer. journ. of obst.*, 1888, p. 435.
140. **Mundé**. — *Operation de Battey. Ann. de gynéc.*, 1883, p. 319.
141. **Mundé**. — *New-York med. journ.*, 2 août 1884 (*Archives de tocologie*, 1884, p. 870).
142. **Mundé**. *The amer. journ. of obst.*, fév. 1888, p. 15.
143. **Montgomery**. — *The amer. journ. of obst.*, 1885, p. 152.
144. **Martin**. — *Arch. de tocologie*, 1885, p. 743.
145. **Lusk**. — *Amer. journ. of obst.*, 1885, p. 1062.
146. **Lee**. — *The amer. journ. of obst.*, 1888, p. 410.
147. **Kelly**. — *Arch. de tocologie*, 1886, p. 907.
148. **Kelly**. — *The amer. journ. of obst.*, 1886, p. 413.
149. **Keen**. — *Annales de tocologie*, 1886, p. 163.
150. **Jones**. — *The amer. journ. of obst.*, 1884, p. 1154.
151. **Johnson**. — *The amer. journ. of obst.*, 1888, p. 974.
152. **Dawson**. — *Obstetrical Society of N.-Y.* January, 85.
153. **Croom**. — *The amer. journ. of the med. sciences.* Philadelphie, 1888, p. 577.
154. **Halliday Croom**. — *Edinbourg Med. journ.*, 1886 (*Arch. de tocologie*, 1887, p. 673).
155. **Dawson**. — *Annales. de gyén.*, 1883, t. XX, p. 318.
156. **Dixon Jones**. — Obs. XIII de la *Thèse de Tissier*, p. 118.
157. **Imlach**. — *Oophorraphie. Soc. de gynéc. angl.*, séance du 11 nov. 1885.
158. **Hyde**. — *New-York med. journ.*, 1885, p. 470.
160. **Hunter**. — *The amer. journ. of obst. N. Y.*, 1886, p. 57.
161. **Gillette**. — *New-York med. journ.*, 2 août 1884 (*Annales de gynécol.*, 1885, t. XXIII, p. 136).
162. **Fehling**. — *De la valeur de la castration* (*Arch. de tocologie*, 1884, p. 642).
163. **Fehling**. — *Castration dans les cas d'ostéomalacie* (*Répertoire universel d'obst. et de gyn.*, 1888, p. 559.)
165. **Dudley**. — *Réper. universel d'obst. et de gyn.*, 1888, p. 468.
166. **Ch.-E. Sajous**. — *Annual of the universal med. sc.* Philadelphie, 1888, t. IV, p. 89.
167. **Duplay**. — *Traité élément. de pathologie externe*, t. VII, p. 674.
170. **Budin**. — *Progrès médical*, 1878, nº 8.
171. **Mann**. — *The amer. journ. of obst.*, 1880, p. 793.
172. **Hegar**. — *Centralb. f. gyn.*, 1877, p. 297; 1878, p. 25.

173. **Prochownick.** — *Arch. f. gyn.,* XXIX, 2. — *The amer. journ. of obst.,* 1887, p. 78.
174. **Bruntzel.** — *Arch. f. gyn.,* t. XVI, fas. 1.
175. **Spiegelberg.** — *The obst. journ. of Great Britain,* 1880, p. 154.
176. **Th. Savage.** — *The obst. journ. of Great Britain,* 1880, p. 257.
177. **Peaslee.** — *N. Y. med. journ.,* 1886, p. 415.
178. **Landau et Remak.** — *Arch. de tocol.,* 1884, p. 356.
179. **Keen.** — *Philad. med. times,* 1886, p. 343.
180. **Tait** et **Battey.** — *Rép. un. d'obst. et de gyn.,* 1886, p. 266.
181. **Salvetti.** — *Répert. univ. d'obst. et de gyn.,* 1888, p. 70.
182. **Fasola.** — *Gaz. delle cliniche,* févr.-mars 1886.
183. **Chiara.** — *Ann. di obst. gyn. e ped.,* nov.-déc. 1885.
185. **Widmer.** — *Ann. de gyn.,* 1886, t. XXVI, p. 476.
186. **Wiedow.** — *Arch. de tocol.,* 1884, p. 775.
187. **Wehmer.** *Zeitsch. fur geb. und gyn.,* XIV, 1887, 1.
188. **Muller.** — *Deustch zeitschrifft f. centralblatt f. gyn.,* 1884, t. VIII, 461.
189. **Hegar.** — *Arch. de tocol.,* 1884, p. 886.
190. **Salin** et **Wallis.** — *Répert. univ. d'obst. et de gyn.,* 1887, p. 169.
191. **Schramm.** — *Ann. de gynéc.,* 1887, t. XXVII, p. 64.
192. **Menzel.** — *Arch. f. gyn.,* Berlin, 1885, p. 36 (*Archives de tocologie,* 1885, p. 637).
193. **Lippmann.** — *Arch. f. gyn.,* Berlin, 1885, p. 57 (*Arch. de tocol.,* 1883, p. 638).
200. *Congrès méd.* Londres, 1880 (*Arch. de tocol.,* 1881, p. 523).
202. **Sneguireff.** — *Des hémorhagies utérines.* Trad. Varnier. Paris, 1886, p. 214.
203. **Skene Keith.** — *Edinburg med. journ.,* march, 1887, p. 811.
204. **Sutugin.** — *Répertoire universel d'obst. et de gynéc.,* 1887, p. 152.
205. **Schmalfuss.** — *Zur castration bei neurosen. Arch. f. gynæk.* Berlin, 1885, 1-35 (*Arch. tocol.,* 1885, p. 636).
206. **Schrœder.** — *Répert. univ. d'obst. et de gynéc.,* 1887, p. 512.
207. **Schrœder.** — *Annales de gynéc.,* 1887, t. XXVII, p. 64.
209. **Terrillon.** — *Névralgie utéro-ovarienne* (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.,* 1886, p. 667).
210. **Terrillon.** — *Nouvelles arch. d'obst. et de gynéc.,* 1888, p. 194.
211. **Terrier.** — *Douleurs ovariennes* (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.,* 1885, p. 489).
212. **Vautrin.** — *Du traitement chirurgical des myômes utérins.* Th. agrég. 1886.
223. **A. Pascal.** — *La ménopause prématurée par la castration ovarienne.* Thèse. Bordeaux, 1887-88, n° 13.
225. **Battey.** — *Annales de gynéc.,* 1881, t. XVI, p. 312.
226. **Lawson Tait.** — *Traité des maladies des ovaires.* Trad. A. Olivier. Paris, 1886.
227. **Magnin.** — *De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux.* Th. Paris, 1886.
228 et 229. **O. Terrillon.** — *Leçons de clinique chirurgicale.* Paris, p. 324-327-332-376.
231. **Pozzi.** — *Bull. et mém. Soc. de chirurg.,* 1884, p. 230.
232. *Bull. de la Soc. de chirurg.,* 1888, p. 413.
233. **Segond.** — *Castration ovarienne* (*Gaz. des hôp.,* 1888, p. 668).

234. **N. Martin.** — *Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire.* Th. Paris, 1888, p. 239.
235. **J. Halliday.** — *Edinburg medical journal*, january, 1887.
236. **Robert Battey.** — *Battey's operation. Transactions of the american gynecological Society*, vol. XII for the year 1887, N.-Y. 1888, p. 253.
240. **Spencer Wells, A. Hegar** and **R. Battey.** — *Castration in mental and nervus diseases* (*American journal of the medical sciences*, 1886, p. 455).
241. **A. Puech.** — *Des ovaires, de leurs anomalies.* Paris, Savy, 1873, p. 121 et 125.
242. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art.* OVAIRE, t. XVII, p. 734.
243. **H. Coe.** — *N.-Y. M. Record*, p. 90. Jan. 88. *Revue des sciences méd.*, 15 janvier 89, p. 142.
244. **C. Bailly.** — Th. Paris, 1871, n° 104.
245. **Terrillon** et **Monod.** — *Maladies du testicule*, 1889, p. 516.
246. **Bouchut.** — [*Dict. de méd. et de thérapeut. méd. et chirur.* Paris, 1889, p. XXX.
247. *Brit. med. journ.*, 1886, t. II, p. 852.
248. **Schrœder.** — *Zeitschrift fur geb. und gyn.*, 1885, XI, 2.
249. **Leopold.** — *Arch. fur gyn.*, 1883, t. XXI.
250. **Liebermeister.** — *Volkmann's Sammlung*, n° 236.
251. **Lœwenthal.** — *Arch. f. gyn.*, t. XXIV, cah. II.
252. **Werth.** — *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1888, p. 517.
253. **Westermark.** — *Nouv. arch. de gyn.*, 1888, p. 323.
254. **Bérard** et **Denonvilliers.** — *Compendium de chirurgie pratique*, 1840, t. I, p. 7.
255 et 256. **Dudley.** — *The amer. journ. of obst.*, 1888, p. 513 et 874.
257. **Goodell.** — *The amer. journ. of obst.*, 1884, p. 186.
258. **Goodell.** — *The amer. journ. of obst.*, 1886, p. 166.
259. **Graily Hewitt.** — *Névroses utérines* (*Cincinnati med. News*, août 1886). *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 294.
260. **C. Von Hoffmann.** — Thèse de Tissier, p. 116.
300. **J. Hunter.** — *Amer. journ. of obst.*, octobre 1886.
301. **J. Hunter.** — *Americ. journ. of obst.*, 1887, p. 1059.
301 *bis.* **J. Hunter.** — *A case of acute dilatation of the stomack following laparatomy* (*Boston med. and surg. journ.*, 13 octobre 1887).
302. **Helmuth.** — *Amer. journ. of obst.*, 1887, p. 1183.
303. **Imlach.** — *Ovarian abcès* (*The Amer. jour. of obst.*, 1887, p. 105).
304. **Munde.** — *Répert. univ. d'obst. et de gynéc.*, 1888, p. 572.
305. **Jones.** — *Med. record*, 21 août 1886 (*Répert. univ. d'obst.*, p. 38).
306. *Ann. de gynéc.*, 1887, t. XXVII, p. 464.
307. **Kemarsky.** — *Wratch*, 1886, n° 22, p. 401.
308. **Lewers.** — *The Lancet*, 1887, t. I, p. 982.
309. **Lewers.** — *Soc. obst. de Londres*, séance du 4 mai 1887 (*Mémoire de Walton*, p. 29).
310. **Lœwenthal.** — *De la suppression artificielle des règles dans la chlorose* (*Medical News*, 6 février 1886).
311. **More Madden.** — *Brit. med. journ.*, 21 avril 88 (*Stérilité chez les femmes*).
312. *Opération de Polk* (*Gaz. des hôpitaux*, 1887, p. 831).
313. **Price.** — *Arch. de tocologie*, 1886, p. 909.

314. **Price.** — *Ann. de gynéc.*, 1887, t. XXVII, p. 224.
315. **Réamy.** — *Amer. journ. of obst.*, octobre 1886 (*Amer. gynecological Society*, congrès Baltimore, 21-26 septembre, 1886).
316. **L. Tait.** — *Archives de tocol.*, 1886, p. 326.
317. **Doléris.** — *Ovarite chronique*, etc. (*Bull. et Mém. de la Société obst. et gyn.* Paris, 1888, IV, p. 96).
318. **Gill Wylie.** — *Amer. journ. of obst.*, janv. 87 (*Répertoire univ. d'obst. et de gyn.*, 1888, p. 34).
319. **James Chadwich.** — *Transactions of the amer. gynecologic Society.* N.-Y., 1888, p. 235.
320. **Christofer.** — *De l'ovulation pendant la grossesse* (*Amer. journ. of obst.*, mai 1886).
321. **Boldt.** — *Arch. de tocologie*, 1886, p. 1133, et *The american journ. of obstetrics*, 1886, p. 785.
322. **Boldt.** — *Névroses cardiaques*, etc. *Med. record*, 1er mai 1886.
323. **Vulliet.** — *Arch. de tocol.*, 1885, p. 346.
324. **Sinéty.** — *Manuel pratique de gynéc.*, 1879, p. 545.
330. **Ferrand.** — *Dict. encycl. des sciences méd.*, art. OVAIRE, 2e série, t. XVIII, p. 555.
331. **Ferrand.** — *Dict. encycl. des sciences méd.*, art. OVAIRE, 2e série, t. XVIII, p. 753.
332. **Bouisson.** — *Castration* (*Dict. encycl. des sciences méd.*).
333. **Duplay.** — *De l'ablation des ovaires*, etc. (*Mémoire lu à l'Acad. de méd.*, séance du 2 juin 1885).
334. **Péan.** — *Indications de la castration utérine et de la castration ovarienne* (*Gaz. des hôpitaux*, 1886, p. 1170).
335. **Charcot.** — *Arthralgie*, etc. (*Progr. méd.*, 28 janvier 1888).
336. **Engelmann.** — *Ann. de gynéc.*, t. XIX, p. 201.
337. **Gallard.** — *Ann. de gynéc.*, t. XVIII, 1882, p. 321.
338. **Gresnier.** — *Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables.* Thèse agrégation, 1886.
339. **Auvard.** — *Gaz. hebd.*, 1887, p. 273 et 388.
340. **L. Tait.** — *A discussion of the general*, etc. (*N.-Y. med. journ.*, n° 8, 1886).
341. **L. Tait.** — *Méthodes du diagnostic* (*N.-Y. med. journal*, vol. XVIII, 1886, p. 151).
342. **Grandin.** — *Électricité au lieu de laparotomie* (*Méd. rec.*, 25 août 1888).
343. **Christophe Johnson.** — *Laparotomie exploratrice* (*Méd. rec.*, 8 mai 1886).
344. **Berthier.** — *Des névroses menstruelles.* Paris, Delahaye 1874).
345. **Dechambre.** — Art. DÉONTOLOGIE (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 1re série, t. XXVII, p. 488).
346. **H. Bouley** et **Reynal.** — Castration (*Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, t. III, p. 88).
346 *bis.* Castration (*Dict. en 30 volumes*, t. VI, p. 477).
346 *ter.* Art. CHIRURGIE (*Dict. encycl. des sciences méd.* 1re série, t. XVI).
347. **Max. Simon.** — *Déontologie médicale.* Paris, 1845.
350. **Guinon.** — *De l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie* (*Revue de chirurgie*, 10 novembre 1888, p. 946).
351. **Péan.** *Leçons de clinique chirurgicale*, 1886, p. 21.
352. **C. C. Coe.** — *N.-Y. med. journ.*, 17 avril 1886, et *Amer. journ. of obst.*, juin 1886.

353. **Péan.** — *Parallèle de la castration utérine et de la castration tubo-ovarienne* (*Gaz. des hôp.*, 1889, p. 49).
355. **L. Tait.** — *The Lancet*, 1887, t. I, p. 777.
356. **L. Tait.** — *Bull. méd.* 5 novembre 1888 (*Seconde série de Mille. Cas consécutifs de laparotomie*).
357. **Bentejac.** — *De quelques phénomènes nerveux*, etc. Th. Paris, 1888, p. 287.
358. **Just Championnière.** — *Nouv. arch. de gyn. et d'obst.*, 1888, p. 243.
359. **Astruc.** — *Maladies des femmes*, MDCCLXI, t. IV, p. 54.
360. **Cl. Bernard.** — *Pathologie du système nerveux*, t. I, p. 10.
361. **P. Churchill.** — *Traité pratique des maladies des femmes*, 3e édition. Paris, 1881, p. 620.
362. **Gallard.** — *Maladies des ovaires*, 1886, p. 433.
363. **Courty.** — *Des maladies de l'utérus*, 1870, p. 100 et 813.
364. **Cullen.** *Éléments de méd. pratique*, trad. Bosquillon, MDCCLXXXVII, t. II, p. 456.
365. **J.-H. Bennet.** — *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, traduit par Peter, 1864, p. 468.
366. **Bouchut.** — *De l'état nerveux aigu ou chronique*, 1860.
367. **Charcot.** — *Œuvres complètes. Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 108.
368. **Bernutz.** — *Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*, art. HYSTÉRIE, t. XVIII, p. 182.
369. **Nordau.** — Thèse Paris, 1882, n° 234.
370. **Axenfeld.** — *Traité des névroses*. Paris, 1883, p. 934.
371. **Hirtz.** — *Des maladies des ovaires*. Thèse Strasbourg, 1841.
372. **Négrier.** — *Recueil des faits pour servir à l'histoire des ovaires*, etc. Angers, 1858.
373. **Barnes.** — *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. Cordes. Paris, 1876, p. 207.
374. **Engelmann.** — *The hystero-nevroses* (*Transac. of the american gynecological Society*, vol. XII for the year 1887. N.-Y., 1888, p. 332).
375. **Legrand du Saulle.** — *Les hystériques*. Paris, 1883, p. 3, 87, 97, 330, 345 et suiv.
376. **Petit.** — *Ann. de gynéc.*, t. XIX, 1883, p. 161 et 276.
377. **Sébileau.** — *Accidents intestinaux après les opérations abdominales* (*Ann. de gynéc. et d'obst.*, février 1886).
378. **Rey.** *Remarques sur quelques points de l'hystérie*, Th. Paris, 1858, n° 263.
379. **Soto y Alfara.** — *Névralgie utérine*. Th. Paris, 1886, n° 98.
380. **Madec.** — *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*. Th. Paris, 1888.
384. **Brodie.** — *Leçons sur les affections nerveuses locales*, traduites par Douglasaigre. Paris, 1880.
385. **Briquet.** — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, p. 3 et 37.
400. **Rosenthal.** — *Des troubles nerveux*, etc. (*Presse médicale belge*, 1888, p. 363).
401. **Briquet.** — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859.
402. **Gallard.** — *Leçons cliniques des maladies des ovaires*.
403. **H. Varnier.** — *Annales de gynécol.*, 1887, t. XXVII, p. 275.
404. **Braun.** — *Wien medic.*, 1886, 41, 42, et *The amer journ. of obst.*, 1887.
405. **L. Tait.** — *Amer. journ. of obst. N.-Y.*, 1886, p. 483. *Répert. univ. d'obst. et gyn.*, 1887, p. 290.

406. **Schauta.** — *Cent. f. gyn.*, 1888, n° 23.
407. **Price.** — *New-York med. journ.*, 20 fév. 1886.
408. **Keith.** — *Ann. de gyn.*, 1883, t. XIX, p. 236.
409. **Jeannings.** — *Arch. de tocol.*, 1886, p. 814.
411. **Prochownick.** — *Arch. de tocol.*, 1884, p. 902.
412. **Profanter.** — *Cent. f. gyn.*, 1887, n° 32.
413. **Ulmann.** — *Central. f. gyn.*, march 24, 1888.
414. **Trenholme.** — *Obst. journ. of Great Britain*, oct., 1876, p. 445.
415. **Bergesio.** — *Gazzetta medic. di Torino*, 1888, fasc. 1.
416. **Ott.** — *Réper. univ. d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 570.
418 et 419. **Aug. Martin.** — *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. par Varnier et Weiss, 1889, p. 59, 534, 547, 548, 552.
450. **Verneuil.** — *Mémoires de chirurgie*, t. IV, Préface.
451. **Hergott.** — *Castration chez la femme. Société méd. Nancy*, séance du 9 fév. 1887.
452. **More Madden.** — *Transact. of the internation. med. congress*, 1887, p. 563.
453. **Bigelow.** — *Transact. of the internation. med. congress*, 1887, p. 576.
454. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1883, p. 156.
455 **Terrillon.** — *Leçons de clinique chirurgicale.* Paris, 1889, p. 297-315 et suiv.
456. **Conrad.** — *Archives de tocologie*, 1884, p. 852.
457. **Fraipont.** — *Pyosalpingite double.* Extr. des *Annales de la Soc. médico-chirurgicale de Liège*, 1888.
458. **Kæberlé.** — *Mémoires de la Société de méd. de Strasbourg*, 1886, 1-4.
459. **Charcot.** — *Communication orale.*
460. **Burton.** — *The Lancet*, 18 sept. 1886, p. 557.
461. **Hegar.** — *Arch. de tocologie*, 1884, p. 878.
462. *Annales of surgery*, march 1888, p. 225.
463. **Carillan.**— *Incision exploratrice dans les tumeurs abdom.* Th. Paris, 1885.
464. **Coe.** — *Amer. journ. of obst.*, 1887, p. 491.
466. **Apostoli.** — *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1888, p. 86.
467. **Pozzi.** — *Bull. Soc. chirurg.*, t. XIII, p. 574.
468. **Bantock.** — *Brit. med. journ.*, 4 fév. 1888.
469. **C. Lee.** — *Soc. méd. de l'État de N.-Y. Med. record*, 11 fév. 1888. *Répert. univers. d'obst. et de gynéc.*, 1888, p. 473.
470. **Spencer Wells.** — *Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales.* Éd. franç. Keser, 1886, p. 314.
471. **Louis Guëmes.** — *De l'hématosalpingite.* Th. Paris, 1888.
472. **Baillet.** — *Rev. méd.*, Toulouse, 1887, p. 409.
473. **Aveling.** — *Obst. journ. britann.*, 1879, janv., p. 617.
474. **Th. Mc. Ardle.** — *The amer. journ. of obst.*, 1885, p. 355.
475. **Leopold.** — *Soc. obst. et gynéc. de Dresde*, séance du 16 mai 1885 *Cent. f. gyn.*, 1886, n° 2.
476. **Wiedow.** — *Central f. gynæk.*, n° 10, 7 mars 1885 (*Arch. de tocologie*, 1885, p. 353).
478. **Quetsch.** — *Centralb. f. gynæk.*, mai 1884, n° 19, et *Archives de tocologie*, 1884, p. 640.
480. **G. Schlesinger.** — *Laparo-salpingotomie.* Thèse Saint-Pétersbourg, 1887, Analyse in *Répert. univers. gyn. et obst.*, 1887, p. 525.

481. **Martin.** — *Archives de tocologie*, 1884, p. 877.
482. **Martin.** — *Zeitschr. f. geburtsh. und gynæk* (*Répert. univers. d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 512).
483. **Wiedow.** — *Centralb. f. gynæk.*, 7 mars 1885, nº 10.
485. **Walton.** — *Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite. Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. VIII, 5e fascicule.
486. **Vulliet.** — *Arch. de tocologie*, 1885, p. 336.
487. **William M. Polk.** — *Transactions of the american gynecological Society*, vol. XII for the year 1887. New-York, 1888, p. 128.
488. **Boinet.** — *Traité pratique des maladies des ovaires.*
489. **Charcot.** — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 11e leçon.
491. **Mundé.** — *Traitement des abcès pelviens* (*Amer. journ. obst.*, févr. 1886).
492. **Marcy.** — *Méd. rec.*, 19 mai 1888 (*Répert. univ. d'obst. et de gynéc.*, 1888, p. 475).
493. **Franklin Martin.** — *Traitement des fibromes. Med. record*, 1887, 17 décembre.
494. **PP. Mundi.** — *De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie*, traduit par M. Ménière, Paris, 1888.
495. **Reeves Jackson.** — *Amer. J. of obst.*, octobre 1886.
496. **O. Terrillon.** — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1889, p. 257.
497. **Campbell FF.** — *N.-Orl. med. and surg.*, févr. 1887, p. 1.
498. **Nagel.** — *Arch. fur gynæcologie*, 1887, t. XXXI, p. 327.
499. **A. Walton.** — *Du drainage de la cavité utérine*, 1888 (Gand).
500. **Slavjansky.**—*Vingt-sept laparatomies* (*Annales de gynécologie*, juillet 1884).
501. **Rein.** — *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1887, p. 580.
502. **Edis.** — *Exploration de la cavité utérine* (*Revue de tocologie*, 1886, 181).
503. **Fowler.** — *New-York med. journ.*, 1888, 3-6-23 et *Répert. univers. obst. et gynéc.*, 1887, p. 174.
504. **Cullingworth.** — *Brit. med. journ.*, 30 janvier 1886.
505. **J. Oliver.** — *British med. journ.*, 9 janv. 1886, p. 66, et *Arch. de tocologie*, 1886, p. 77.
506. **Kelly.** — *Meeting med. chirur. of Maryland.* (*The Amer Journal of obst.*, août 1886).
507. **Gill Wylie.** — *Arch. de tocologie*, 1886, p. 523.
508. **Githens.** — *Philadelphie medical Times*, mars 1888, p. 339.
509. **Bantock.** — *Brit. med. journ.*, avril 1887 et *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1887, p. 437.
510. **Hegar** et **Kaltenbach.** — *Traité de gynécologie opératoire*, trad. Bar., 1885, p. 274.
511. **Velponer.** — *Wiener Wochenschrift*, 1879, 30.
512. **Hegar** et **Kaltenbach.** — *Traité de gynécologie opératoire.* Paris, 1885, pp. 285, 287, 306, 636.
600. **Flugge.** — *Cas d'antimutilation* (*Arch. de neurologie*, 1880-81, p. 609).
601. **An. Henrot.** — *Cas d'hystérie précoce guérie par la flagellation* (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, décembre 1879).
602. *Brit. Med. associat.* (*Arch. de neurologie*, 1880-81, p. 341).
603. **Edw. C. Mann.** — *New-York med. journ.*, juin 1881, p. 16.
604. **Hegar.** — *Définition de la castration* (*Central f. gyn.*, 29 nov. 1887).
605. **Willers.** — *Castration des femmes pour la guérison des névroses et des psychoses, etc.* Dissertation inaugurale, Fribourg, 1887.

606. **F. Frank.** — *Opération de Tait* (*Northwestern Lancet*, 1886, n° 17).
607. **A. Forel** (Zurich). — *Guérison de l'hystérie par la castration* (*Korrespondenzblatt fur Schweizer arzte*, 1887, n° 17).
608. **Uherek.** — *Névroses et leurs rapports avec les maladies des organes génitaux chez la femme* (*Frauenarzt et Cent. f. gynæk.*, 1888, n° 4).
609. **Schrœder.** — *Deutsche med. ztg.* Berlin, 1886, p. 943.
610. **Holst.** — *Arch. de psychiatrie et des maladies nerveuses,* B. XI, H. 3.
611. **James Israël.** — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1880, V, 17.
612. **H. Beigl.** — *Ueber extirpation*, etc. (*Wiener med. Wochens.*, 1878, n°s 7 et 8).
613. **Prochownick.** — *Arch. f. gynæk.* Berlin, 1886, p. 87 et 183.
614. **Leszynsky.** — *Maladies mentales et oophorectomie* (*New-York med. journ.*, 1887, p. 707).
700. **H. Gimbail.** — *De la folie à la ménopause.* Th. Paris, 1884.
800. *Gaz. des hôpitaux*, 1889, p. 553.
900. *Medical Record*, 11 mai 1889.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 24549